الشيزوفرينيا

إنفصام الشخصية

العلاج السلوكى المعرفى للمرض والتدخلات القائمة على الأدلة و التوجهات المستقبلية

Schizophrenia

تأليف: كريج ستيل

ترجمة: د. مراد على عيسى

WILEY-BLACKWELL

دار الفجر للنشر والتوزيع

الشيزوفرينيا

إنفصام الشخصية

الشيـــزوفرينيـــا

إنفصام الشخصية

العلاج السلوكى المعرفى للمرض والتدخلات القائمة على الأدلة و التوجهات المستقبلية

تأليف

كريج ستيل

ترجمة

د. مراد على عيسى

دار الفجر للنشر والتوزيع

2014

الشيــزوفرينيــا

إنفصام الشخصية

العلاج السلوكى المعرفى للمرض والتدخلات القائمة
على الأدلة و التوجهات المستقبلية

ترجمة	تاليف
د. مراد على عيسى	كريج ستيل

CBT for Schizophrenia

Evidence-Based Interventions and Future Directions

The first English Edition Published 2013 by WILEY- BLACKWELL

رقم الإيداع	حقوق النشر
14275	الطبعة العربية الأولى 2014
ISBN	جميع الحقوق محفوظة للناشر
978-977-358-298-2	

دار الفجر للنشر والتوزيع

4 شارع هاشم الأشقر – النزهة الجديدة

القاهرة – مصر

تليفون : 26242520 – 26246252(00202)

فاكس : 26246265 (00202)

Email: info@daralfajr.com

المحتويات

عن المؤلف

كريج ستيل محاضر فى معهد تشارلى وولر Charlie Waller للعلاجات النفسية القائمة على الأدلة ، مدرسة علم النفس و العلوم اللغوية الإكلينيكية ، جامعة القراءة ، بالمملكة المتحدة . فمنذ أن حصل على درجة الدكتوراه من معهد الطب النفسى بلندن عام 1998 ، ظهر نشاطه كباحث و معالج فى مجال التدخلات السلوكية المعرفية للشيزوفرنيا ، حيث إن له خبرة كبيرة فى التجارب الإكلينيكية كمعالج إكلينيكى ، و مشرف إكلينيكى ، و كباحث رئيسى فى التجربة . و لقد نشر العديد من التجارب و المقالات البحثية الإكلينيكية .

مقدمة

لقد كان نمو التدخلات القائمة على الأدلة للشيزوفرينيا نمواً سريعاً ، حيث تمت التجارب الإكلينيكية الأولى فى المملكة المتحدة فى بداية التسعينيات ، و خلال عشر سنوات ، وصل هذا النوع من التدخلات إلى أن أصبح العلاج السلوكى المعرفى للذهان جزءاً روتينياً من خدمات الصحة العقلية .

و أثناء العشر سنوات الأخيرة ، انتقل الباحثون الإكلينيكيون من التطبيق الرئيسى العلاج السلوكى المعرفى للأعراض الموجبة للذهان. كما يوجد عدد من المجموعات البحثية قد طوّر بروتوكولات انصب تركيزها على مراحل معينة ، و أعراض معينة ؛ أو الأعراض المرضية المصاحبة لدى هذه المجموعة . لقد وصلت قوة الدفع فى هذه التطورات إلى النقطة التى تبين وجود العديد من المواد التى تسمح بوضع الأساس لهذا الكتاب ؛ حيث إن كل فصل يوضح تدخلاً موجود ضمناً فى سياق القاعدة القائمة على الأدلة ذات الصلة بالموضوع محل الدراسة . و الهدف من ذلك هو تعزيز الوصول إلى البروتوكولات المستخدمة فى التجارب البحثية ، و من ثم تحسين النواتج الإكلينيكية .

الفصل الأول

مدخل إلى العلاج المعرفي السلوكي للذهان

المقدمة

سوف يتذكر كثير من قُرّاء هذا الكتاب الوقت الذي سيطرت فيه على الطب النفسي فكرة عدم استخدام العلاج النفسي بالكلام مع الأفراد الذين لديهم اضطراب والشيزوفرنيا*. وقد شهدت العشر سنوات الماضية توسعا كبيرا في قاعدة الأدلة التي أسقطت وجهة النظر هذه ، حيث يوصي الآن باستخدام العلاج المعرفي السلوكي للشيزوفرنيا كجزء من الممارسة الإكلينيكية المعتادة و الروتينية في العديد من الدول ، بما فيها المملكة المتحدة والولايات المتحدة. ولقد كان من نتائج هذا التغيير السريع ظهور الحاجة إلى التوسع في نشر هذا التدخل النفسي،ولذلك تم عمل محاولات للوفاء بهذه الحاجة من خلال نشر الأدلة العلاجية ، بالإضافة إلى زيادة توفر الأحداث التدريبية.

لقد تم تطوير الأساس الذي يستند إلى الدليل في العلاج المعرفي السلوكي للشيزوفرنيا من خلال التدخل الشامل الموجّه نحو مجموعة الأفراد المقاومين دوما ً للعلاج الدوائي ، و مع ذلك ، فإن تشخيص الشيزوفرنيا - كما سيرى القُرّاء الذين هم في الأصل إكلينيكيون مدربون -- يرتبط بمدى واسع من الأطروحات، وبناء على ذلك ، فإن هناك تطورات حديثة ضمن البروتوكولات الموجه نحو أطروحات ومراحل معينة من الاضطراب. إن هدف هذا الكتاب هو جمع هذه البروتوكولات التي تقوم على الأدلة الحديثة.

وعلى الرغم من أن التدخلات الموصوفة في هذا الكتاب بينها اختلافات جوهرية وتتمثل في أنه قد تم إعدادها لمجموعات مستهدفة معينة ، إلا أنها تعتمد جميعا ً على مهارات المشاركة الأساسية المطلوبة عند التعامل مع الأفراد المبتلين بالاضطراب الذهاني، كما ثبت من خلال التشخيص . لذا ، فإن هدف هذا الفصل هو تغطية المعلومات الشاملة ، التي تمثل الأساس للفصول اللاحقة ، حيث إن هذا الفصل سوف يتناول أربعة مجالات رئيسية وهي :

(1) مقدمة موجزة عن الأعراض المرتبطة بالشيزوفرنيا.

---

* كلمة Schizophrenia تترجم على أنها الفصام ، ولكن نظرا لشيوع تعريب الكلمة و هي" الشيزوفرنيا" فسوف يتم استخدامها في هذا الكتاب

(2) النموذج المعرفي الشامل للشيزوفرنيا.

(3) المهارات الإكلينيكية الشاملة المطلوبة عند تبني العلاج المعرفي السلوكي للشيزوفرنيا.

(4) استعراض موجز للقاعدة التي تستند إلى الأدلة بشأن العلاج المعرفي السلوكي للشيزوفرنيا.

الشيزوفرنيا Schizophrenia

الشيزوفرنيا هي الشكل الأكثر شيوعا والأكثر تشخيصا من أشكال الاضطراب الذهاني. من أكثر الأعراض شيوعا : خبرات الهلوسة ، والمعتقدات الوهمية ، وغالبا ما يشار إليها على أنها الأعراض " المعرفية " للشيزوفرنيا ، كما أن معظم بروتوكولات العلاج المعرفي السلوكي تستهدف هذه الأعراض المعرفية.

الهلوسات Hallucinations

تعتبر الهلوسات مدركات حسية لمثيرات ليست موجودة في الواقع. ففي حين أن الهلوسات السمعية هي الشكل الأكثر شيوعا ، كما أنها قد لاقت الاهتمام الأكبر من الباحثين في المجال الإكلينيكي ، إلا أنها ربما تحدث ضمن أي نمط حسي. فعلى الرغم من أن المثيرات السمعية المدركة قد تكون أصوات أو موسيقى ، إلا أنها تأتي في أغلب الأحيان في شكل صوت أو أصوات،وقد يُنظر إليها على أنها أصوات رجل أو امرأة أو صوت غريب ، وربما كان هناك صوتا واحدا أو أصوات متعددة. إن نوع الاتصال الناشئ من الصوت قد يأخذ أشكالا متعددة بما في ذلك " الأصوات التي تعطى تعليقات " ، حيث يقوم الصوت فيها بالتعليق المستمر على الأحداث وأفكار مستمع الصوت ، و " الهلوسات التى تعطى أوامر " ، حيث يعطي فيها مستمع الصوت توجيهات بخصوص ما ينبغي عليه فعله. (انظر الفصل الثاني).

لقد ساعدت الأعمال التي قام بها ماريوس روم Marius Romme وساندرا إيسكر Sandra Escher في الثمانينات على توضيح الحدوث الشائع نسبيا لسماع الصوت ، وتحدي وجهة النظر التقليدية في الطب النفسي ، والتي كانت فيها الأصوات أحد أعراض المرض ، فقد بدأ العمل الرائد مع روم Romme ، وهو طبيب نفسي اجتماعي ، وأحد المرضى الذين يسمعون الصوت ،حيث ظهر في برنامج التلفزيون الهولندي ؛ يدعو المشاهدين للتواصل إذا ما سمعوا الأصوات، و بناء إليه استجاب مئات المشاهدين لهذه الدعوة ، على الرغم من أن الكثير منهم لم يتلق أي اهتمام من العلاج الطبي النفسي. هذا الحدث أدى إلى برنامج بحثي يركّز على كيف يختلف الأفراد الذين سمعوا الأصوات ، ولكن ظلوا خارج نظام العلاج النفسي الطبي – عن أولئك الذين تلقوا الفحوصات (Romme & Escher, 1989).

أشارت العديد من الدراسات ، منذ ذلك الوقت ، إلى أن ما يقرب من 3 ٪ من الأفراد سوف يمرون بخبرة سماع الصوت في فترة ما من فترات حياتهم (John et al., 2004). هذه الخبرات تتباين بشكل كبير داخل عدد من الأبعاد المختلفة ، وتحتاج إلى تقييم دقيق. إن أحد مظاهر خبرة سماع الصوت ، التي لاقت اهتماما -- هي أن من يسمعون الصوت تنمو لديهم علاقات مع هذه الأصوات ، وأن هذه العلاقات لابد من وضعها في الاعتبار أثناء العلاج النفسي . إن هذا المنظور يبدو مفهوماً عندما يأخذ المرء في الاعتبار أن الشخص ربما سمع نفس الصوت ، لنفس الشخص يومياً ،ولسنوات عديدة.

ربما تمثل الأثر الرئيسي لأعمال " روم وإسكر " في تقديم مفهوم " التطبيع Normalization " في العلاج النفسي ، بمعنى مناقشة العملاء في الحقيقية التي مؤداها أن هناك الكثير غيرهم ممن يسمعون الأصوات ، وأن الكثير من هؤلاء يجابهون ، وربما يستمتعون بخبرات سماع الأصوات ، وهذا من شأنه من أن يحرر العميل من الشعور بأنه حبيس ، ووحيد في هذه الخبرة. فهذه المقدمة للأفراد الذين يسمعون الأصوات من الممكن أن تيسر هذه العملية.

إن القضية الرئيسية لكل المعالجين النفسيين ربما تتمثل فيما إذا كانت خبرة سماع الصوت لدى الفرد تسبب له توترا. فقد نظر الطب النفسي التقليدي إلى كل خبرات سماع الأصوات على أنها أحد أعراض المرض، وتحتاج إلى علاج، ومع ذلك، تشير الأعمال الحديثة إلى عدم صحة الافتراض القائل بأن خبرة سماع الصوت تُحدث التوتر و القلق. ومع افتراض أن العلاج النفسي يهدف إلى التخفيف من التوتر و القلق ، فإن الأصوات التي لا تسبب التوتر و القلق لا ينبغي أن تكون هدفا للعلاج النفسي. ومع ذلك ، ينبغي تذكر أن خبرة سماع الأصوات يمكن أن تتحوّل سريعا ، وبالتالي ، فإن هناك حاجة إلى تقييم دقيق.

الأوهام Delusions

الأوهام أكثر الأعراض المرتبطة بالشيزوفرنيا شيوعا ، حيث توجد لدى ما يقرب من 75٪ ممن يتلقون الرعاية الطبية في المستشفيات (Maher, 2001). تعرف الأوهام بأنها الاعتقاد الخاطئ في وجه الدليل الحقيقي أو الواقعي. ينبغي – فى الغالب- فهم المعتقدات الوهمية ضمن سياق خبرات الهلوسات ، وعلى سبيل المثال ، الاعتقاد بأن أشخاص ما هم أبناء الله قد تعززه خبرة سماع صوت يقول لهم ذلك. ما يشاع عن هذه المعتقدات هو أنها أوهام المضايقة Delusions of Persecution ، التي ترتبط بإظهار البارانويا. هذه الأوهام تنطوي على الاعتقاد بأن هناك من يراقب الفرد أو أنه يخضع للتهديد بسبب التآمرالمستمر ضده. ربما يشعر الشخص الذي يعاني بأن مفوضى الحكومية تهدده أو ربما تهدده قوى شيطانية ، أو أفراد الأسرة. فقد وصف فينجستين Fenigstein (1996) البارانويا بأنها نمط مضطرب من التفكير ، تهيمن عليه عدم الثقة الشديدة والمستمرة في الآخرين أو الشك في الآخرين ، ونزعة لتفسير أفعال الآخرين على أنها تمثل تهديدا له. ترتبط أوهام العظمة Delusions of Grandeur بالاعتقاد بأن الفرد قوي أو شخصية شهيرة (مثلا : المسيح) . يعتقد هؤلاء الأفراد دوماً بأنهم مضطهدون ، وأن هذا الاضطهاد نتيجة لما يحظون به من شهرة

. هناك شكل آخر من هذا العرض هو أوهام السيطرة Delusions of control ، حيث يعتقد الفرد أن أفكاره وافعاله تسيطر عليها قوى خارجية. من الخبرات التي يكثر الحديث عنها في الشيزوفرنيا هي أن خبرات خارجية معينة تحتوي على رسائل خاصة ؛ على سبيل المثال ، ضمن نشرة الأخبار ، أو كلمات أغنية في الراديو ، وهذه ما يطلق عليها أوهام الإحالة Delusions of reference.

كما هو الحال بالنسبة للهلوسات السمعية ، فمن الأهمية اعتبار ما إذا كانت الأعراض المرتبطة بتشخيص الشيزوفرنيا موجودة لدى الأفراد خارج العيادات . ولو أن الأمر كذلك ، ماذا يعني ذلك بالنسبة للتدخلات الإكلينيكية. فقد أظهرت العديد من المقاييس المسحية انتشار الاعتقاد في البارانويا والمعتقدات الخارقة وغير العادية لدى الأفراد غير الخاضعين للعلاج الإكلينيكي ، حيث أظهرت أحد الدراسات الهامة أنه لا يمكن تمييز معتقدات الأفراد ذوي المرض النفسي عن الأفراد معتقدات ذوي الحركات الدينية بناء على المحتوى فقط ، ولكن من خلال اعتبار أبعاد السيطرة والتوتر (Peters et al., 1999). كما أن هناك تقارير عن الكثير المعتقدات البارانويدية التي تحدث لدى الأفراد خارج العيادات (Freeman et al., 2005).

أما فيما يتعلق بالهلوسات ، فإن المعالجين النفسيين في حاجة إلى التفكير فيما إذا كانت الخبرات التي يعلن عنها الفرد تسبب القلق أم لا ، ومن ثم يصبح اتخاذ قرار بشأن إخضاعهم للعلاج النفسي من عدمه أمراً مهماً . ففي حين أن الفرد ربما يعبّر عن معتقدات غير عادية ، فإن هذا قد لا يكون سبباً في القلق الذي يمرّ به . مرة أخرى ، هناك حاجة إلى تقييم دقيق.

النماذج السلوكية المعرفية للذهان
Cognitive Behavioural Models of Psychosis

لقد كان التطبيق المبكر للنماذج النفسية للشيزوفرنيا نوعاً من التطبيق البسيط لنظرية التعلم ، والتي أدت بدورها إلى ظهور التدخلات الأساسية. ومع ذلك، فقد كان لتطوير النماذج السلوكية المعرفية للاضطرابات الوجدانية تأثيرا هاما على البحوث في مجال الذهان في أواخر التسعينات. هذا العمل قد أوضح إلى أي مدى يمكن فهم تطور وبقاء العرض الذهاني بالإشارة إلى العمليات النفسية المرتبطة فعلا بالقلق والاكتئاب. لقد تم تحدي النظرة التقليدية في الطب النفسي للشيزوفرنيا ، حيث تم تشجيع المعالجين النفسيين على الانشغال المباشر في محتوى الأعراض الذهانية.

لقد استندت الأعمال المبكرة إلى وجهة النظر التى تقول بأن النموذج المعرفي الرئيسي يمكن تطبيقه على أعراض الذهان. فالقاعدة الأساسية في المدخل المعرفي تتمثل فى أن الخبرة ليست سبباً فى إحداث القلق لديك ، ولكن الطريقة التي ترى بها هذه الخبرات ، لذلك ، فإن الشخص الذي يتجاهلك هو الذي يسبب لك التوتر لو ظننت أنه رآك وتجاهلك عن قصد. لقد طبّق باول ، وماكس Paul & Max (1995 ، 1994) نفس هذه القاعدة على خبرات سماع الصوت ، و تبين أن الوجدان والسلوك المحبطين الناشئين من الهلوسات ليسا نتيجة لمحتوى الأصوات ، ولكن يعكسان تقدير المستمع لهذه الأصوات. لذا ، فقد رأى باول ، وماكس أن الهلوسة حدث نشط : (أ) يقيّمه الفرد في سياق نظامه الاعتقادي (ب) ويؤدي بناء على ذلك إلى انفعالات وسلوكيات آمنة (ج) كما يرى الباحثان أن هذا الشكل يشكّل الميكانيزم السلوكي الانفعالي المعرفي الذي يبقي على الاعتقاد في قوة وسيطرة الصوت.

هناك نموذجان معرفيان مؤثران وُضعا عن الأعراض الإيجابية للذهان (Garety and Colleagves, 2001, Morrison, 2001)ويدمجان دور المعتقدات الرئيسية السلبية ، الحذر المفرط من التهديد ، البحث عن الدليل التوكيدي ، وسلوكيات الأمان، وعندما تحدث جميعا في آن واحد ، فإن العرض الذهاني ربما يظهر في وجود الخبرات غير العادية ، مع وجود عامل هام وهو كيفية تفسير هذه

الخبرات. قد تشتمل هذه الخبرات على سماع الأصوات ، وأوهام سبق الرؤية ، وخبرات غير مترابطة مثل الأفكار أو الأخيلة التطفلية. يرتبط الذهان بالخبرات التي تفسر على أنها سلبية ، مهددة ، وخارجية ، وتؤدي إلى الإفراط في الحذر وسلوكيات الأمان. على سبيل المثال ، الشخص الذي " يسمع صوتا " ، ويقرر أن هذه الخبرة الإدراكية سببها قلة النوم ، من المحتمل أن يحقق نتيجة مختلفة عن الشخص الذي يرى أن الشيطان يتحدث إليه بغرض الشر.

في حين أن الكثير من التضمينات العلاجية لهذين النموذجين متداخلة ، إلا أن أحد الفروق النظرية الرئيسية تتمثل في الدرجة التي تكون عندها الخبرات غير العادية الرئيسية " طبيعية " أو تكون ظواهر غير عادية من الناحية البيولوجية. يشير جاريتي ورفاقه .Garety et al)(2001 إلى الدور القوي لسرعة التأثير الجينية بالنسبة للميول الطبيعية لبعض هذه الخبرات ، في حين يركّز موريسون Morrison على الدرجة التي تكون عندها هذه الظواهر طبيعية ، وهذا يفسر أهمية هذه الخبرات . تحديدا ، يركّز موريسون على دور " الخبرات الاقتحامية " Intrusive Experiences مثل الأفكار والأخيلة الاقتحامية التي ربما تشكل الأساس للخبرات غير العادية لبعض الأشخاص. ومع ذلك ، فإن كلا النموذجين يوضحان الدور الهام لتقييم الخبرة غير العادية في تحديد ما إذا كان الفرد سيصل إلى تفسير " ذهاني Psychotic ". لذا ، في حين أن هذين النموذجين يدمجان النموذج المعرفي الجيني للقلق والاكتئاب ، فإنهما يساعدان أيضا على صياغة نمو الأعراض الذهانية. ويتمثل مصدر القوة الرئيسي في هذين النموذجين في أنهما يدمجان مدى واسع من العمليات النفسية المرتبطة بالذهان ، كما أنهما يتمتعان بالمرونة الكافية التي تساعد على صياغة مدى متجانس من العروض الذهانية.

إن النماذج السلوكية المعرفية للذهان (Birchwood, 2003, Garety et al, 2001, Marrison, 2001) تركز جميعها على الدور الرئيسي للخلل الوظيفي الانفعالي كسبب ونتيجة لأعراض الذهان، حيث تشير هذه النماذج المؤثرة أيضا إلى أن التقييمات والمدركات المعرفية التي تتعلق بطبيعة الأعراض الذهانية (بما في ذلك

الهلوسات) سوف تؤثر على بقاء وحدوث الأعراض مرة أخرى من خلال استجابات المجابهة ، والخلل الوظيفي الانفعالي ، والعمليات المعرفية مثل التحيزات الاستدلالية.

العلاج المعرفي السلوكي للذهان CBT for Psychosis

في السنوات الحديثة ، أعلن كثير من الباحثين في المجال الإكلينيكى عن إمكانية الصياغة الفردية بناء على المدخل السلوكي المعرفي للشيزوفرنيا (Morrison, 2002, Kingdon & Turkington, 2005). هذا المدخل يقوم - - مثله في ذلك مثل كل المداخل للاضطرابات الأخرى – على دمج الخبرات النمائية والمعتقدات السلوكية الحالية ؛ والهدف من ذلك هو إعداد تفسير شخصي لنمو الإبقاء على الخبرات المؤلمة الحالية التي هي أقل تهديدا من المعتقدات الحالية التي يعتنقها الفرد. وهذا يتعلق على وجه الخصوص بالأفراد الذين لديهم الشيزوفرنيا ؛ حيث إن تفسيراتهم الحالية مقصورة عادة على الأوهام الاضطهادية ، إما: (أ) الناس جميعا يضطهدوني أو : (ب) أنا مخبول ، ولا أستطيع أن أثق في أفكاري ، ولابد أن أخضع للعلاج للأبد.

من الأهمية بمكان ملاحظة أن العلاج السلوكي المعرفي للذهان قد تطوّر على خط واحد مع التطورات النظرية في فهمنا للظواهر الذهانية. إن العلاج السلوكي المعرفي يهدف إلى مساعدة الفرد على فهم الخبرات الذهانية من خلال إيجاد علاقات ارتباطية بين الحالات الانفعالية ، والأفكار وأحداث الحياة السابقة. إن مساعدة الناس على استخلاص المعنى من الخبرة الانفعالية والذهانية من خلال مناقشة الصياغات النفسية يمكن أن يساعدهم على عمل ارتباطات بين الأحداث أو المعتقدات التي تبدو غير مرتبطة ، والأعراض الذهانية المخزنة. إن الطبيعة الفردية التي تركز على الانفعال للعلاج السلوكي المعرفي للذهان تيسّر عملية الاندماج. ومع ذلك ، هناك عدد من القضايا الجينية التي لابد آن يكون المعالجون النفسيون على وعي بها عند التعامل مع الأشخاص ذوي الاضطراب الذهاني.

الانخراط في العلاج السلوكي المعرفي Engagement with CBT

يشير فولر ورفاقه .Fowler et al (1995) إلى أن العلاج السلوكي المعرفي يبدأ بمرحلة الانخراط الشامل والتقييم الشامل ، وهذا من شأنه أن يحقق علاقة عملية علاجية وتشاركية ، ويسمح بجمع المعلومات التي تؤثر على الصياغة السلوكية – المعرفية. لابد أن يكون المعالجون النفسيون حساسين لقضايا الحالة العقلية ، والهلوسات النشطة والمعتقدات الوهمية الخاصة عند الانخراط في ، وتقييم ، ومشاركة الصياغات ، وإجراء التدخلات.

لابد أن يعي الإكلينيكي بأن مستمع الصوت - على سبيل المثال - ربما لا يرغب في البداية في الحديث عن هذه الخبرات ، ولابد أن يكون هناك مستوى من الثقة. إن مشكلات الانخراط ربما تشمل على أن مستمع الصوت قد يكون متخوفا من زيادة جرعة الدواء إذا ما تحدث عن هذه الأصوات ، وبالتالي من الممكن التعامل بوضوح مع هذه القضية ، حيث يذكر المعالج ما إذا كانت هذه الافتراضات صحيحة أم لا ، وربما يكون الأمر أيضا أن الصوت يأمر المستمع بألا يناقش أي شيء مع المعالج ، وربما يهدده بالعنف أو الموت. لا يستطيع المعالج معرفة هذه المعلومات إلا إذا كانت هناك ثقة بينه وبين مستمع الصوت ، وينبغي أن يكون على وعي بهذه الاحتمالية ، ويلاحظ ، ويخفف من القلق عند الاستفسار عن محتوى الصوت.

لابد أن يكون هناك حالة من الثقة قبل أن يفصح العميل عن معتقداته الوهمية. فقد يكون العمل متخوفا من استجابة المعالج ، وقد يكون العميل قد دمج المعالج ونظام العلاج النفسي في معتقد بارانويدي. وكما هو الحال مع الهلوسات ، لا ينبغي أن يشرد المعالج بذهنه بعيدا ويتأثر بمستوى الإقناع الذي يظهره العميل للمعتقد الذي ينظر إليه على أنه وهمي. كما ينبغي أيضا إجراء تقييم شامل لتوضيح المشكلات الإكلينيكية الهامة.

عندما يكون الفرد قد مر بخبرة أحداث صادمة ، فمن الأهمية بمكان تخصيص وقت في بداية العلاج السلوكي المعرفي لمناقشة ذلك. لابد أن يكون المعالجون النفسيون

على وعي بالاهتمامات المرتبطة بالصدمة المراد تقييمها (مثلا : الذكريات الاقتحامية ، والأحلام الاقتحامية) ، اليقظة (مثلا : استجابة نحو الصراخ الشديدة ، والإفراط في الحذر) وأعراض التجنب (التجنب السلوكي لكل شيء يُذكّر الفرد بالأحداث ، كبت الأفكار والذكريات). أيضا على المعالجين النفسيين تقييم معنى أي صدمة للفرد أو أي صدمة ترتبط بالتقديرات الثانوية (مثلا : لن أخرج من هذه الحالة " أو " لا أستطيع أن أثق في نفسي مرة أخرى ").

أحيانا يقوم الأفراد بتجنب مناقشة الصدمات التي مروا بها عن قصد أو الأعراض التي يمرون بها بوجه عام. من الممكن أيضا أن تصاحب الذكريات الصادمة (التي ربما ترتبط بالخبرات السابقة في نظام العلاج النفسي) استجابات انفعالية متطرفة ، ومن ثم فإن المدخل اللطيف في مرحلة التقييم والمساعدة في ، وتيسير مشاعر الأمان عند الإفصاح عن المعلومات التي تتعلق بالخبرات الصادمة من الممكن أن يصبح إستراتيجية نظامية للمساعدة في التغلب على التجنب ، وإدارة تجهيز الانفعال القوي ، والتفكير السلبي المتطرف الذي يصاحب عملية الإفصاح. أحيانا يكون من المناسب للمعالج النفسي أن يتعامل مباشرة مع الأفكار السالبة لدى العميل عما يمكن أن يراه المعالج النفسي في العميل بعد عملية الإفصاح. غالبا ما يصاحب الإفصاح عن الأعراض أو الصدمة أفكار ينظر من خلالها المعالج النفسي إلى العميل بنظرة سالبة، وبالتالي ، فإن اختبار الحقيقة التي تتعلق بهذه النظرة داخل الجلسات باستخدام مداخل العلاج النفسي المعرفي المنظومي والدقيق (حيث ينظر إلى وجهات نظر أو آراء المعالج على أنها اختبار) من الممكن أن تكون مفيدة في الشروع في التعامل مع المنظور السلبي عن الذات (مثلا : أنا شرير ، غير منظم ، غير نظيف ، ومقزز) والآخرين (مثلا : سوف يرى الآخرون أنني شرير وغير منظم ، وبالتالي سوف يرفضونني).

الأفراد الذين تم التحرش بهم من المحتمل أن يجدوا صعوبة في تحقيق الثقة داخل علاقة العلاج النفسي ، ولابد من الاعتراف بذلك ، كما أن هناك أيضا احتمالية أن العميل ربما يكون قد أفصح عن تاريخه مع الصدمات ، ولكن لم يصدقه أحد ، وهذا من شأنه أن يجعل تحقيق الثقة أمراً معقداً . لابد أن يكون المعالج على وعي بمكان

الجلسات العلاجية. فلو كانت هذه الجلسات داخل مؤسسة العلاج النفسي ، فإن العميل ربما يكون قد مرّ ببعض الأحداث الصادمة في هذه المؤسسة ، وهذا من شأنه أن يسهم في شدة الحذر ، ويستثير الذكريات الضاغطة ، وبالتالي التجنب ، ومن ثم ينبغي التعامل مع هذا الموضوع مبكرا بقدر الإمكان ، وذلك من خلال المناقشة الصريحة بشأن ما إذا كانت هذه القضية ترتبط بالعميل ، وكيفية التعامل معها على نحو أمثل.

إن الهدف الأول المعالج هو تحقيق الانخراط في الحديث ، ولكن أيضا يعلّم المريض ويجعله و يجعله على دراية بالإطار العلمي الواسع للمدخل السلوكي المعرفي ، أي أن هذا المدخل تشاركي ؛ له هدف يركز عليه ، كما أنه محدود في الزمن. ومع الوضع في الاعتبار أن العلاج السلوكي المعرفي ينطوي عادة على مقدار معين من العمل المنزلي ، وأن هناك حاجة إلى البناء على محتويات الجلسات السابقة ، فإنه ينبغي توخي الحيطة للتحقق مما إذا كان أي قصور في الأداء المعرفي يتداخل مع هذه العملية. لو أن الأمر كذلك على أية حال ، فينبغي عمل تكيفات ، وهذا قد يشتمل على تكرار محتويات الجلسة ، وجعل الجلسات أقصر في الوقت. نظرا لأن تدخلات العلاج السلوكي المعرفي قصيرة المدى ، فمن المفيد أن يكون هناك متخصصين آخرين قد عملوا مع المريض لفترة طويلة من الزمن في العملية ، خصوصا في نهاية التدخل، وهذا ضروري إذا ما كانت الجلسات تركز على بعض أشكال خطة منع الانتكاسة أو خطط الأزمات المراد تطبيقها في المستقبل إذا لزم الأمر.

لابد أن يبدأ أي تدخل علاجي بنمو تشاركي لأهداف العلاج لكي يشعر المريض بملكية العملية،حيث إن هذه العملية هامة خاصة لأولئك الذين مروا بخبرات طويلة من الإجبار داخل النظام العلاجي ، بما في ذلك العلاج الإجباري. من المحتمل أن يتشكك هؤلاء الأشخاص في أي تقديم للمساعدة من المتخصص الذي يرونه ينتمي لهذا النظام ؛ وبالتالي لابد من بذل مزيد من الجهد لخلق علاقة علاج تشاركية.

لابد أن يكون المعالج يقظا بشأن احتمالية أن يحاول المريض طلب مساعدة لا يستطيع هو الوفاء بها أو تقديمها . على سبيل المثال ، قد يشتمل ذلك على رغبته في جعل المعالج يتصل بالشرطة للقبض على الجيران الذين يرى أنهم يضطهدونه. ينبغي

أن يتبنى المعالج موقفا تعاطفيا ، إلا أنه لا يستطيع أن يتصرف إلا إذا استمع وعرف الكثير عن المشكلة. ربما يخاف المعالجون قليلو الخبرة من قول أي شيء يبدو متواطأ مع محتويات أعراض المرضى ، من قبيل الخوف من تعزيز " الجنون " لديهم. ومع ذلك ، لو ذكر المعالج أنه لا يعرف "حاليا " الكثير عن الموقف ليتأكد من كل المعلومات ، فإنه بذلك يبقى على العلاقة العلاجية بدون إقحام نفسه في أي معتقد محدد.

التقييم داخل العلاج السلوكي المعرفي
Assessment within CBT

هناك مجموعة من القضايا التي لابد من التفكير فيها عند إجراء التقييم الشامل. من الممكن أن الشخص الذي يعاني من الشيزوفرنيا سوف يعاني من مشكلات انفعالية ووظيفية ، وينبغي أن يكون المعالج على حذر وألا يفترض أن أحد هذه المشكلات أهم من الأخرى. على الرغم من أن محتوى هذا الفصل يركز على الأعراض الإيجابية ، إلا أنه ينبغي أن يغطي أي تقييم الصحة الجسمية ، والأداء المهني والاجتماعي ، وتخيل الانتحار.

على الرغم من أن الفرد لديه شيزوفرنيا وفقاً للتشخيص، ويمر بخبرة الهلوسات السمعية ، لكن لا ينبغي على المعالج افتراض أن الهلوسات هي سبب الضغوط أو التوتر. ومن ثم فلا بد من إجراء تقييم شامل يقوم من خلاله المعالج بتقييم المشكلات الأكثر أهمية ، والتعرف على مدى وجود الهلوسات والأوهام . ففي مثال سماع الصوت ، ربما يكون المريض قد سمع أصواتاً عديدة لأفراد مختلفين. ربما تكون هذه الأصوات ودودة ومتفاوتة ، في حين قد تكون بعضها الأخر مهددة ، وتسبب التوتر، و من ثم ،فلو ظهر المعالج في هذا السيناريو -- على أنه يرى من الأفضل ألا يستمع المريض إلى هذه الأصوات تماماً ، فإن هذا سوف يبعده عن هدف المريض. كما ينبغي إجراء التقييم المبدئي مع مزيد من المرونة، وفي بيئة يشعر فيها المريض بالراحة والدعة، وهذا قد يعني

السير معا أثناء تدخين المريض للسيجار ، أو المقابلة في بيت المريض. هناك العديد من المجالات التي يمكن تغطيتها في التقييم ، وقد يكون من المفيد السماح للمريض بأن يبدأ بالمجال الذي يراه الأكثر أهمية بالنسبة له ، مثل الأعراض الحالية ، المشكلات الاجتماعية الحالية أو أحداث الحياة السابقة.

من الممكن أن يوجه المعالج المحادثة نحو تلك القضايا التي فاتته في الجلسات السابقة. ففي أثناء الجلسات الأولى ، ينبغي على المعالج بناء نموذج عن الطريقة التى يبنى بها المريض موقفه ، حيث إن هناك نماذج عديدة قد يتبناها المريض ، ومنها اعتقاد المريض بأنه يتأثر جينيا بمشكلات الصحة العقلية الحالية ، وأن العلاج لا يفيد ، وأن الضغط قد يزيد من الأعراض ، وأنه لا يؤمن بمعتقداته الوهمية عندما ترتبط بالتوتر ، وليس لها منشأ بيولوجي ، وأن العلاج لا فائدة منه ، فى حين يرى آخرون أنهم بحالة جيدة ، ولكنهم يسمعون فى بعض الأحيان أصواتا تزعجهم ، ويحتاجون إلى استراتيجيات مجابهة؛ و من ثم ينبغى التفكير فيى الأشياء التى يتفق عليها المعالج والمريض ؛وتلك التى لا يحتاجان إلى الاتفاق بشأنها من أجل مساعدة المريض على تحقيق أهدافه. فالمريض ليس بحاجة إلى الاعتقاد بأنه يعاني من مرض له منشأ بيولوجي وهو الشيزوفرنيا حتى يستفيد من التدخل العلاجي. إن محاولة استمالة هذا " الفهم " من المحتمل أن تسبب الهروب من العملية. لذا ، ينبغى أن يكون المعالج مرنا فيما يتعلق بنموذج المرض العقلي الذي يتبناه ، بالتشارك مع المريض حتى يساعده على تحقيق أهدافه. أثناء العلاج ، ربما تتسبب المعلومات الجديدة ، وإعادة التفكير في المعلومات القديمة في ظهور هذا النموذج.

الأساس القائم على الدليل للعلاج السلوكي المعرفي للذهان
The Evidence Base for CBT for Psychosis

على الرغم من أن تقارير الحالة الفردية للتدخلات النفسية للذهان تعود إلى أكثر من 50 عاما (Beck, 1952) ، إلا أن التطورات الهامة في هذا المجال لم تحدث

حتى الثمانينات من القرن الماضي. لقد استهدفت التدخلات السلوكية المبكرة التحكم في الأعراض ، وقد كانت مضمرة في وجهه النظر الخاصة بالعلاج التقليدي للشيزوفرنيا. وأثناء منتصف التسعينات ، قام بعض الباحثين في المملكة المتحدة بإجراء التجارب الأولى في العلاج السلوكي المعرفي للذهان ، ولقد أدت النتائج المشجعة إلى إجراء المزيد من التجارب الإكلينيكية في بلاد أخرى ، وتم تمويل العديد من هذه التجارب في المملكة المتحدة. إن النمو السريع في عدد التجارب الإكلينيكية التي استهدفت تقييم العلاج السلوكي المعرفي للذهان قد أدى إلى زيادة عدد التحليلات البعدية. فقد تمكنت المراجعات الشاملة والحديثة من دمج عدد كبير من التجارب الإكلينيكية لبحث دور المتغيرات المرتبطة بالنتيجة (Wykes et al., 2008). من بين هذه التجارب ، اتفقت 34 تجربة مع معايير المدمج ، منها 22 تجربة عبارة عن علاج سلوكي معرفي للذهان لحالات فردية (علاج نفسي من فرد إلى فرد فقط) ، واستهدف الأعراض الإيجابية للذهان. كما كان حجم التأثير للعلاج السلوكي المعرفي للذهان متوسطا ، وكان متشابها بشكل كبير (حوالي 0.4) سواء قام التحليل على أساس النتيجة في علاقتها بالأعراض الإيجابية ، أو الأعراض السلبية ، أو الأداء الاجتماعي.

إلى الآن ، يؤيد الدليل العلاج السلوكي المعرفي للذهان كتدخل للأفراد الذين يعانون من الذهان " المقاوم للعلاج " في المرحلة المزمنة ولكنها ثابتة أو مستقرة. ومع ذلك ، وعلى الرغم من أنها كانت موجهة صوب الأعراض الإيجابية للذهان ، إلا أن هناك تأثيرا فارقا ضعيفا بين الأعراض الذهانية وغير الذهانية. وبناء على ذلك ، فلا نعرف إلا القليل عن تأثير العلاج السلوكي المعرفي للذهان فيما يتعلق بالمراحل الأخرى من الاضطراب. أيضا ، لا نعرف سوى القليل عن أي عناصر العلاج السلوكي المعرفي للذهان هي الأكثر أهمية في إحداث التغيير ، وليس هناك سوى دلالات قليلة عن أولئك الذي يستفيدون أكثر من هذا التدخل.

إن النتائج الإجمالية المتواضعة لمعظم تجارب العلاج السلوكي المعرفي للذهان ربما تكون – في جزء منها – نتاج اختيار مقياس يستخدم لتقييم النتيجة. تجدر

الإشارة إلى أن المقياس الأكثر استخداما هو مقياس المتلازمة السلبي والإيجابي (PANSS, Kay et al. 1987)Positive and Negative Syndrome Scale للشيزوفرنيا ، وهو مقياس يقوم في الأصل على الأعراض ، وتم إعداده للاستخدام في التجارب عن المخدرات ، وتبين أنه مقياس ضعيف للضغوط النفسية المرتبطة بالأعراض الذهانية (Steel et al., 2007). إن استخدام هذا المقياس يعتبر مخالفا لوجهة النظر القائلة بأن العلاج السلوكي المعرفي للذهان ينبغي ألا يعتبر شبه عقار مهدئ عصبي (يستهدف الأعراض) ، ولكن ينظر إليه على أنه تدخل يستهدف التقليل من التوتر الانفعالي (Birchwood & Trower, 2006) . أيضا ، فإن استخدام الشكل الشامل للعلاج السلوكي المعرفي للذهان الذي يستهدف الأفراد المتجانسين ربما يسهم في تحديد حجم التأثير. فيما يبدو أن هذا التحديد هو الأكثر أهمية ، مع الوضع في الاعتبار أن عددا كبيرا من الباحثين الإكلينيكيين يتشككون في الصدق العلمي لتشخيص الشيزوفرنيا (Bent et all, 2007) الذي تقوم عليه معظم التجارب. الشيء الملفت للنظر هو أن الدراسة التي أظهرت أكبر حجم للتأثير داخل مراجعات ويكس ورفاقه " 2008 " ، قد تبنت بروتوكولا معينا لشكل محدد من المظاهر الذهانية (الهلوسات التي تعطى الأوامر Command Hallucinations) ، واستخدمت مقياسا مناسبا للحصول على النتيجة (Trower et al., 2004).

المراجع

Beck , A.T. (1952) Successful outpatient psychotherapy of a chronic schizophrenic with a delusion based on borrowed guilt . Journal for the Study of Interpersonal Processes , 15 , 305 - 312 .

Bentall . R.P. (2007) Madness Explained. Psychosis and Human Nature . Penguin , London .

Birchwood , M. (2003) Pathways to emotional dysfunction in first-episode psychosis. British Journal of Psychiatry , 182 , 373 -- 375 .

Birchwood , M. and Trower , P. (2006) The future of cognitive behavioural therapy for psychosis: not a quasi-neuroleptic . British Journal of Psychiatry , 188 , 107– 108.

Chadwick , P. and Birchwood , M.J. (1994) The omnipotence of voices: A cognitive approach to auditory hallucinations . British Journal of Psychiatry , 164 , 190 – 201 .

Chadwick , P. and Birchwood , M. (1995) The omnipotence of voices II: The beliefs about voices questionnaire . British Journal of Psychiatry , 166 , 773 - 776 .

Fenigstein , A. (1996) The paranoid personality . In C.G. Costello (ed.), Personality Characteristics of the Personality Disordered (pp. 242– 275). New York: Wiley .

Fowler , D. Garety , P. and Kuipers , E. (1995) Cognitive Behaviour Therapy for Psychosis: Theory and Practice . Chichester : Wiley .

Freeman, D. , Garety , P.A. , Bebbington , P.E. et al . (2005) Psychological investigation of the structure of paranoia in a non-clinical population . British Journal of Psychiatry , 186 , 427 435 .

Garety , P.A. , Kuipers , E. , Fowler , D. et al . (2001) A cognitive model of the positive symptoms of psychosis . Psychological Medicine , 31 , 189 – 195 .

Johns, L. , Cannon , M. , Singleton , N. et al . (2004) Prevalence and correlates of self-reported psychotic symptoms in the British population . British Journal of Psychiatry , 185 , 298 – 305 .

Kay , S.R. , Fiszbein , A. and Opler , L.A. (1987) The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia . Schizophrenia Bulletin , 13 , 261 – 269 .

Kingdon , D. and Turkington , D. (2005) Cognitive Therapy for Schizophrenia . New York : Guildford .

Maher , B. (2001) Delusions . In P.B. Sutker and H.E. Adams (eds), Comprehensive Handbook of Psychopathology , 3rd edn. New York: Kluwer Academic/Plenum.

Morrison , A.P. (2001) The interpretation of intrusions in psychosis: an integrative cognitive approach to psychotic symptoms . Behavioural and Cognitive Psychotherapy , 29 , 257 – 276 .

Morrison , A.P. (ed.) (2002) A Casebook of Cognitive Therapy for Psychosis . Hove : Routledge .

Peters , E. , Day , S. , McKenna, J. et al . (1999) Delusional ideation in religious and psychotic populations . British Journal of Clinical Psychology , 38 , 83 – 96 .

Romme , M. and Escher , S. (1989) Hearing Voices . Schizophrenia Bulletin , 15 , 209 – 216 .

Steel , C. , Garety , P. , Freeman , D. et al . (2007) The multi-dimensional measurement of the positive symptoms of psychosis . International Journal of Methods in Psychiatric Research , 16 , 88 - 96 .

Trower , P. , Birchwood , M. , Meaden, A. et al . (2004) Cognitive therapy for command hallucinations: randomised controlled trial . British Journal of Psychiatry , 184 , 312 – 320 .

Wykes , T. , Steel , C. , Everitt , B. et al . (2008) Cognitive Behaviour Therapy for schizophrenia: Effect sizes, clinical models, and methodological rigor . Schizophrenia Bulletin , 10 , 1 -- 15 .

الفصل الثاني

العلاج المعرفي لخفض القلق والإذعان المؤذى للهلوسات الآمرة

المقدمة

تعتبر الهلوسات الآمرة هي أكثر أعراض الشيزوفرنيا إحداثا للقلق ، ومقاومة للعلاج (Nayand & David, 1996) ، حيث إنها تحدث بشكل متكرر، ويستجيب لها المستمع إذعانا بنسبة تزيد عن 30٪ من الأوامر في حين تحاول نسبة 30٪ أخرى المقاومة (Shawyer et al., 2003) ، ولكن سوف " تسكُن " بالإذعان إلى الأوامر الأقل خطورة (Beck – Sander et al., 1997) ، ولكن تضع نفسها عرضة لإذعان لاحق (Shawyer et al., 2003). ففي الدراسة التي أجراها جون موناهان John Monhan (2001) في مؤسسة ماك آرثر Mac Arthur foundation ، لم توجد علاقة بين وجود الهلوسات الآمرة والعنف ، في حين أن تحليل آخر أجراه روجرز Rogers (2004, 2005) تبين منه أن الحاجة المدركة " لطاعة " الهلوسات ارتبطت بشكل دال بزيادة مخاطر العنف. كما أننا أوضحنا في بحوثنا أن الوسيط المعرفي (العملي التي من خلالها تولد المعارف والمعتقدات التوترات والاستجابات السلوكية اللاحقة) هي أحد العمليات الرئيسية في فهم وإدارة المخاطر لدى العملاء الذين يمرون بخبرة الهلوسات الآمرة ، ولا يمرون بخبرة الأوامر في حد ذاتها (Trower et al, 2004) . وبناء على ذلك ، فإنها ليست هدفا للعلاج.

وفي هذا الفصل ، سوف نقدم عرضا موجزا عن بحوثنا ، التي توضح كيف أن التوترات والسلوكيات المؤذية مثل العنف تجاه الآخرين وإلحاق الأذى بالذات ، والانتحار توضح السمات الرئيسية لمدخلنا ، والذي نطلق عليه العلاج المعرفي للهلوسات الآمرة Cognitive Therapy for command Hallucinations (CTCH) ، ونصف كيف تطور إلى بروتوكول علاجي مجرب. وبعد ذلك ، سوف نوضح البروتوكول تفصيليا من خلال دراسة الحالة المنبثقة عن عملنا المعتاد.

الدليل القائم على التجربة الإكلينيكية
Clinical Trial Evidence

في دراستنا الأولى ، والوحيدة المنشورة ، والتي استهدفت الهلوسات الآمرة (Trower et al., 2004) ، انصب تركيزنا على قياس سلوك الإذعان والقلق بالإضافة إلى مقاييس الأعراض المعيارية ، مقارنة بالعلاج المعتاد (TAU) Treatment as usual. فقد انطلقنا أملاً في معرفة ما إذا كانت معتقدات القوة المستهدفة يمكن أن تقلل الإذعان المؤذى أو استخدام سلوك الأمان ، والتوتر ، وتزيد من مقاومة الأوامر الصوتية. أعلن كل المشاركين وعددهم 83 مشاركا عن سماعهم لصوتين آمرين من الأصوات التي يسمعونها ، أحدهما أمر " حاد ". اعتبر المشاركون معرضون لخطر الإذعان على أساس تاريخهم ، وذلك باستخدام قانون الصحة العقلية (1983) ، والحاجة إلى الاعتقال ، فقد تم مقاضاة أو تحذير خمسة من المشاركين في العينة من السلوك المرتبط بالأوامر الصوتية ، وقد اشتملت السلوكيات على إحداث أذى جسدي حقيقية ، سرقة ، واعتداء شائع. كما تم إيداع ثلاثة من المشاركين في المستشفى لمحاولة قتل شخص ما استجابة للأصوات خلال الثلاث سنوات الأخيرة. أولئك الذين اشتملت عليهم التجربة كانوا يتصفون بالاستهلاك الثقيل والطويل للعلاج المعتاد ، أثناء التجربة وكعينة قبل التجربة بعام.

أنهت المجموعة التي تتلقى العلاج المعرفي للهلوسات الآمرة 16 جلسة ، وانخفضت من 100 ٪ إلى إذعان (معيار الاختيار) خلال 12 شهرا إلى 14 ٪ مقارنة بـ 53٪ لدى مجموعة العلاج المعتاد. كما تأثرت الأصوات المرتبطة بالقلق بالعلاج المعرفي للهلوسات الآمرة في مجموعة المعالجة في 6 أشهر. وبعد 12 شهر ، ازداد الاكتئاب في مجموعة العلاج المعتاد عنه لدى مجموعة العلاج المعرفي للهلوسات الآمرة.

لقد أعلنت مجموعة العلاج المعرفي للهلوسات الآمرة عن تناقص دال في معتقدات القوة (كما هو موصوف أدناه) ، مقارنة بمجموعة العلاج المعتاد الذين لم يظهر عليهم أي تغيير. هذا التأثير ظل باقيا لمدة 12 شهرا ، بعد العلاج ، وعندما تم إزالة

تأثير معتقدات القوة ، اختفى تأثير العلاج ، مما يشير إلى التناقص في الاقتناع بمعتقدات المشارك عن الأصوات ، وهذا هو المسئول عن تناقص الإذعان. لقد قل الاقتناع بمعتقدات العلم بكل شيء (والمتمثلة في أن الصوت يرى كل شيء ويعرف كل شيء) في مجموعة المعالجة فقط ، واستمرت هذه الفائدة لمدة 12 شهرا. كما أظهر الذين تلقوا العلاج المعرفي للهلوسات الآمرة تحسنا ملحوظا في التحكم المدرك في الأصوات ، مقارنة بأفراد مجموعة العلاج المعتاد الذين لم يظهر عليهم أيضا أي تغيير ، واستمرت هذه الفائدة أيضا لمدة 12 شهرا.

لقد أحدثت تجربتنا الأولى حجم تأثير له دلالته الإكلينيكية (Wykes et al., 2007) في سياق له جودة عالية وخدمات للعلاج المعتاد ذات مستويات عالية. لقد كان للعلاج المعرفي للهلوسات الآمرة تأثيرا رئيسيا على مخاطر الإذعان ، وقلل من الضغوط ، ومنع زيادة الاكتئاب ، مقارنة بالعلاج المعتاد وحده. ومن بحوثنا السابقة (Birchwood et al., 2000) ، تبين أن الاكتئاب مرتفع لدى هذه المجموعة ، وكان واضحا لدى المشاركين في هذه الدراسة. ربما يؤدي الاكتئاب وحده (في عدم وجود الهلوسات الآمرة) إلى سلوك المخاطرة تحديدا سلوك الانتحار.

نموذج العلاج المعرفي للهلوسات الآمرة
The CTCH Model

بناء على الأعمال الأولى التي أوضحت كيف يمكن تطبيق المداخل المعرفية بنجاح على الذهان (Chadwick & Lowe, 1940, Chadwick & Birchwood, 1944) ، فقد قمنا باستخدام نموذجا مقبولا على نطاق واسع يطلق عليه نموذج ABC ، حيث " A " تمثل الحدث ، و " B " هي الاعتقاد بشأن الحدث النشط ، و " C " هي النواتج الانفعالية والسلوكية لهذه المعتقدات. هذا النموذج مدين كثيرا للعلاج السلوكي الانفعالي العقلاني Rational Emotional Behavior Therapy (REBT) الذي كما هو واضح من دراسة الحالة التي أجريناها. إن نموذج

ABC ، يعد نموذجا بسيطا يشكل خادع ، فهو يمكننا من أن نكون واضحين بشأن المستهدفين من جهودنا العلاجية. المشكلات تتمثل في " C" ، وفي مصطلحات العلاج المعرفي للهلوسات الآمرة ، فإن هذه تشكل الضغوط المتعلقة بالأصوات والإذعان أو سلوكيات الأمان التي تضع مخاطر على الذات أو الآخرين ، وهذه هي المستهدفة من العلاج النفسي وليست الأعراض الواسعة للذهان.

نموذج حالة : ليلى Case example : Lilly

تسمع ليلى صوت العفريت القوي (B : معتقدات الهوية والقوة) ، يقول لها " اقتلي زوجك. (A : الحدث النشط) ، فهي تعتقد أن عليها أن تفعل ، ولكنها لا تذعن تماما (B : اعتقاد الإذعان) ، حيث " علي أن أفعل ما يطلبه مني الصوت وإلا ألحق بي الأذى " ، وأن " ضرب الزوج سيجعل العفريت هادئا ".

شعرت ليلى بالقلق " النتيجة الانفعالية Ce " ، حيث شعرت بالخوف.

قامت ليلى بالاعتداء على الزوج (النتيجة السلوكية Cb " ، حيث صفعته على وجهه.

إن الأعراض الوهمية في العلاج المعرفي للهلوسات الآمرة عبارة عن استنتاجات ، حيث إنها تشكل افتراضا " لو .. إذا ، والتخمينات ، أو التنبؤات بشأن ما قد يحدث ، وقد يكون صحيحا أو خطأ ، كأصوات ثانوية (المعتقدات أو التأثيرات ذات الصلة بالأصوات) ، روح الأميرة ديانا (التي أسمع صوتها) تريد أن تسود العالم .. فهي دائما تتحدث عن خطط عظيمة لديها. أو في صوابها (الاستنتاجات الوهمية) : هناك مؤامرة تنطوي على أرواح لتسود العالم.

تنبثق الأعراض الإيجابية للعلاج المعرفي للهلوسات الآمرة من محاولات الدفاع ضد تقييمات الشخص السالبة (Chadwick et al.,) ؛ أو القوانين والافتراضات الأساسية فيما يتعلق وعلى سبيل المثال بعدم الثقة في الآخرين ، والمعتقدات

البارانويدية الخاصة الأساسية والمتمثلة في المحاولات النشطة للآخرين لإلحاق الأذى بالشخص (Chadwick & Tower, 2008) بدلا من كونها سوء تفسير للخبرات الشاذة كما في النماذج الأخرى (انظر الفصل الأول). كما أنه يتم تفسير الأعراض الإيجابية في العلاج المعرفي للهلوسات الآمرة من خلال دمج نظرية الرتب الاجتماعية (Gilbert, 1992, Gilbert & Allan, 1998). وهذا يفترض أن الميكانيزمات العقلية الناشئة تعمل كإرشادات داخلية " هاجم الضعيف واستسلم للقوي ". هذه الإرشادات الداخلية يمر الفرد بها في الذهان في شكل أصوات ازدرائية ، مسيطرة وقوية تتطلب سلوك استسلامي ، بما في ذلك التسكين والإذعان لكي يتم تجنب العقاب (Birchwood et al., 2010). ويقوم مستمعو الأصوات لاحقا بتنمية مجموعة من المعتقدات بينها ارتباط داخلي (يطلق عليها مخططات القوة) عن هذه الخبرات التي يمكن فهمها بلغة العلاقة البينشخصية. عملية الشخصنة هذه ترتبط نفسها باحتمالية الإذعان المؤذي (Junginger, 1990). موضوع القوة هذا يجري خلال كل الجهود العلاجية ويستخدم بشكل صريح وضمني في العلاقة العلاجية.

إن فكرة القوة تتعلق بقدرة الصوت على إلحاق الأذى (أحيانا يطلق عليها القدرة الكلية). إن القوة أيضا مفهوم واسع ، يدمج المعتقدات الصوتية الأخرى (الهوية وقصد إلحاق الأذى ، وأحيانا يعبر عنها بأنها الضغينة) التي توحي بالقوة ، ولهذا نحن استخدمنا مصطلح القوة. إن الحاجة المدركة لطاعة الأصوات التي تبدو قوية تتبلور في مخطط قوة الصوت. إن هدف العلاج النفسي هو تقويض مخطط القوة هذا. يمكن التعرف على نموذجنا ضمن قالب الصياغة المعيارية المعروض في الشكل (2.1) لبراين Brian. هنا ، النشاط الصوتي في " A " يقيم ضمن مخطط يسيطر – يخضع ، التقييمات الشخصية ، افتراضات الخلل الوظيفي والقواعد البينشخصية الأخرى في " B ". وهذه تستثير معتقدات القوة ، والتي بدورها تظهر التعلق الانفعالي وسلوكيات الأمان ، وهذه السلوكيات تحافظ على المعتقدات الصوتية من خلال منع عدم إثباتها. هذه الصياغة توجه كل الجهود العلاجية ، كما أنها أداة مفيدة لمشاركة العميل في نموذج العلاج المعرفي للهلوسات الآمرة. تشير النتائج التي تم الحصول عليها من بحوثنا

وبحوث أخرى (Birchood et al., 2000, 2004, Mawson et al., 2010) إلى

أن الدليل الذي لدى العميل عن الأصوات القوية ينبثق من عدد من المصادر :

مخططات الخضوع – السيطرة الأخرون أقوى (80٪)
المعتقدات الرئيسية
أنا شخص سيئ(100٪)

نشاط ومحتوى الصوت .
تعالى نظير معا
أجرح رسخك/ أقطع يدك / علق نفسك
لا تأخذ الدواء / لا تتحدث إلى المعالج النفسى

معتقدات القوى (قوى بنسبة 100٪)
العلم المطلق (100٪) : هم يعرفون كل شئ على ماضى يتنبئون بالمستقبل
التحكم (10٪) : هم موجودون دائما يجعلونى مستيقظا طول الليل .
الإذعان (90٪) : سيصرخون ويجعلوننى مستيقظا ويعذبوننى طول الليل
الهوية (100٪) هم أرواح وهم يطيرون حول رأسى
المعنى و الهدف (80٪) العقاب على الأشياء السيئة التى قمت بها

النواتج الانفعالية
الاكتئاب ، الذنب ، الخوف ، الخجل ، الابتهاج

النواتج السلوكية
الإذعان التام : النوم على الرصيف ، خنق النفس على شجرة ،محاولة بتر اليدين
التهدئة : يقول : سأفعل ذلك فيما بعد أذهب إلى السكة الحديد وأقف على الرصيف ، يجرح نفسه جرح سطحى
تسكين التهديد : تجنب الذهاب إلى المحطة لا يبقى على سكين فى البيت
المقاومة : يشرب الكحل ويدخل بإفراط يذهب إلى المعالج النفسى والإخصائى الاجتماعى

الشكل (2.1) قالب براين لصياغة العلاج المعرفي للهلوسات الآمرة

- عدم قدرة المرء على الإبقاء على أفكاره، وخبراته، ومشاعره سرية (نشر الأفكار). وفيما يبدو أن الأصوات تعرف أفكار الشخصية الحالية، وتاريخه الماضي (العلم المطلق)، وربما تهدد بأنها سوف تعلن عنها (مثلا : تخزيه، وهذا يمثل تهديد نفسي).
- القدرة الظاهرة للأصوات على التنبؤ بالمستقبل (العلم المطلق).
- صوت من هذا، أو بمعنى آخر معتقدات الهوية (الضغينة، أو حب الخير: القصد أو النية)
- قدرة الصوت على إحداث أو إدعاء إلحاق الأذى بالآخرين أو العمل، أو إنزال القلق النفسي بهم (مثلا : جعل الفرد مستيقظا طول الليل) : القوة المطلقة.
- النتيجة المدركة لعدم الإذعان (اعتقاد الإذعان).

من المهم فهم هذا المظهر لعلاقة مستمعي الصوت مع الصوت، حيث أنه كلما كانت القوة المدركة والقوة المطلقة للصوت كبيرة، كلما كانت احتمالية الإذعان كبيرة (Beck- Sander et al., 1997). وهذه العلاقة يتوسطها تقييم الغرض من الصوت ونتيجة المقاومة. فالأفراد الذين يسمعون أصوات الخير يذعنون دائما بغض النظر عن حدة الصوت (Beck – Sander et al., 1997)، في حين أن الذين يسمعون الأصوات المرضة على الشر والضغينة من المحتمل أن يقاوموا. ومع ذلك، فإن المقاومة تزداد إذا ما كانت الأوامر تنطوي على تجاوز اجتماعي أو إلحاق الأذى بالذات (Chadwick & Birchwood, 1994).

بالتوافق مع النماذج الأخرى، أثناء تجاربنا والأعمال الأخرى، لاحظنا كيف أن النواتج السلوكية لا ينتج عنها أنواع متعددة من المخاطر السلوكية الضارة المهلكة للفرد وللآخرين وفقط، بل لاحظنا أيضا كيف أنها تعمل على الإبقاء على معتقدات القوة التي لدى الفرد عن الأصوات وأعرضها (كما هو واضح في حالة براين في الشكل 2.1). وبهذا المعنى، فإنها تعمل كنوع من " سلوك الأمان "، الذي له دور في تأمينهم من النواتج السالبة المتوقعة من الأصوات القوية. ومع ذلك، فإن سلوكيات الأمان هذه -- في نفسها الوقت -- تمنع دم إثبات المعتقدات الصوتية. ففي أعمالنا نحن

والزملاء (Hacker et al., 2008) ، تنبأنا بأن سلوكيات القلق والأمان تأتي من المعتقدات عن القوة. ففي دراسة عبر قطاعية عن 30 فرد من ذوي الهلوسات ، تم تحديد ثلاثة مصادر للتهديد : الخوف من الأذى الجسمي ، الخزي ، وفقدان السيطرة من بين هؤلاء الأفراد ، أعلن 26 فردا عن استخدامهم لسلوكيات الآمان في الشهر. كما ارتبطت درجة سلوكيات الأمان هذه (والقلق والمرتبط بالصوت) بالاعتقاد في القوة المطلقة للصوت ، إلا أن المزاج وخصائص الصوت لم يفسرا هذه العلاقة. كما وجدنا بشكل حاسم أن الارتباط بين استخدام سلوك الأمان والقلق الزائد قد توسطته المعتقدات عن القوة المطلقة. هذه البحوث التي تم إجراؤها خلال العقد الأخير تخبر عن جهودنا البحثية ، كما أننا سوف نصف بروتوكولات التدخل فيما يلي.

بروتوكول التجربة
The Trial Protocol

نحن نعرف العلاج المعرفي للهلوسات الآمرة بلغة ثماني مستويات من التدخل (انظر جدول 2.1). يعمل المعالج والعميل بشكل تشاركي خلال هذه المستويات الثمانية بالترتيب ، ويتعاونون معا ، ويحولون توازن القوة بعيدا عن الصوت نحو مستمعي الصوت أنفسهم. ومع ذلك ، فإننا قد اتخذنا مدخلا برجماتيا في عملنا ، وقبلنا أن بعض الأفراد سوف يرغبون في العمل بسرعة عند مستويات متقدمة (7 ، 8) في حين يكون التقدم بالنسبة لآخرين محدودا عند المستويات من 1 – 5. أيضا لابد من الانتباه إلى بعض المستويات مثل تعزيز السيطرة وبناء التشارك ، في حين يكون التغيير بالنسبة للآخرين ميسرا من خلال التركيز على قضايا القوة البينشخصية الواسعة عند مستوى 6 سوف يتقدم العملاء إلى المستوى 7 و 8 ، حيث إن هذا العمل وفقا للنظرية والممارسة في العلاج السلوكي الانفعالي العقلاني(Wallen et al., 1992) ، ضروري لتعزيز التغيير المستمر. معتقدات العمل الرئيسية في مصطلحات العلاج المعرفي للهلوسات الآمرة تركز على مخططات السيطرة -- الخضوع (أنا ضعيف ،

والآخرون أقوى مني – وهذا يتوافق مع نظرية الرتب الاجتماعية) ، التقييمات الذاتية السالبة أو التقييمات البينشخصية والافتراضات المختلفة وظيفيا (لكي ما يكون لي قيمة لابد أن أفعل الأشياء بشكل جيد ، وبشكل يحبه الآخرون ، لا يمكن الثقة في الآخرين ، وهذه من الممكن أن تعمل على تقوية التقييمات الشخصية السالبة (بناء على الأعمال الأولى لتشادويك ورفاقه ، 1996) ، أو ربما يكون لها تصميمات في التفكير الوهمي (Chadwick & Trower, 2008) إن الكيفية التي يستجيب بها الفرد انفعاليا وسلوكيا تعكس التداخل بين التقييمات الشخصية والاستنتاجات الشخصية (المعقدات عن الأصوات وما قد يحدث).

جدول (2.1) ملخص عن المستويات الثمانية للعلاج المعرفي للهلوسات الآمرة ، والإستراتيجيات الرئيسية.

مستوى العلاج المعرفي للهلوسات الآمرة	المهام الرئيسية
1- التقييم والتعاون	1- أظهر بشكل حساس ولا حكمي تفسيرا مفصلا عن الخبرات الذهنية ونمو المعتقدات عن الأصوات. 2- تأمل في ، وخاطب مشكلات التعاون أو الانخراط ، وكذلك المعتقدات يظل التركيز على النواتج. 3- قدم " زر الهلع " بحيث يسمح بوقف الجلسة / تغيير الموضوع (النمذجة السيطرة مبكرا ، وتعزيز الانخراط). 4- قدم متشابهات طبيعية : جيران متطفلون ، بلطجة المدارس.
2 تعزيز السيطرة	1 قم بإعادة تأطير الاستراتيجيات الحالية التي يستخدمها العميل كدليل على السيطرة.

المهام الرئيسية	مستوى العلاج المعرفي للهلوسات الآمرة
2- حدد ما يزيد وينقص نشاط الصوت ومحتواه. 3- قدم / علم استراتيجيات مجابهة جديدة -- بما في ذلك تحقيق روابط أولية (فيما يتعلق بالإذعان ، والإتاحة). 4- قم بإعادة تأطير استراتيجيات مجابهة جديدة كدليل على السيطرة وتدليل على تحول القوة.	
1- استكشف مميزات وعيوب المعتقدات الصوتية من ناحية الصواب والخطأ. 2- اظهر / قدم معتقدات إقناعية منخفضة / تلك المعتقدات التي تغيرت في مستوى الإقناع : عيد ميلاد الأب. 3- طبق دور المعتقدات في الحياة اليومية : القطة في المساء مقابل الشحاذ ، والارتباط مع الاستجابات الانفعالية والسلوكية المختلفة. 4- قم بإعادة تأطير الصعوبات في مصطلحات ABC.	2- المشاركة في نموذج العلاج المعرفي للهلوسات الآمرة والنموذج ABC
1- أعد مخططات معرفية قوية ، سلوكيات الإذعان وعناصر التوتر في الصياغة (بما في ذلك دليل على كل عنصر). 2- قم بإلغاء المخططات المعرفية للخضوع المشترك والمعتقدات الرئيسية من أجل إعادة صياغة أخرى وعمل متقدم في العلاج المعرفي للهلوسات الآمرة.	3- إعداد والمشاركة في الصياغة
1- وافق على الأهداف التي ترتكز على الحد من التوتر واستخدام سلوكيات الأمان / الإذعان.	3 وضع أهداف للعلاج النفسي
1- استغل شكوك العميل في أن معتقداته ربما تكون خطأ.	4- إعادة تأطير

المهام الرئيسية	مستوى العلاج المعرفي للهلوسات الآمرة
2- ارفض تصديق حقيقة ما يقوله الصوت بتوضيح الأخطاء وقدرته على التنبؤ (تحدي عملية المطلق). 3- تشكك في قدرة الصوت على تنفيذ تهديداته (تحدي قدرته المطلقة) ، ولذا الحاجة للإذعان.	معتقدات القوة الخلافية
1- تعامل مع أو خاطب معتقدات عدم تحمل التوتر باستخدام استراتيجيات المجابهة ، والجدل المعرفي لبناء تحمل التوتر (عندما تنفذ الأصوات تهديداتها). 2- استخدام المجازات (مثلا : الثوم والمصاحبة). 3- أكد على أهمية المقاومة : استخدام مدخل متدرج لتقليل سلوكيات الأمان : معتقدات اختيار الحقيقة من خلال التجارب السلوكية.	5- تقليل استخدام سلوكيات الأمان
1 جعل العميل على وعي (من خلال الحوار السقراطي) بزيادة تحول القوة. 2- تحديد إتقان العميل وسيطرته. 3- مساعدة العميل على التشكك في أوامر وتهديدات الصوت مباشرة. 4 إعداد معتقدات ذاتية قوية وبديلة. 5 توسيع الاستراتيجيات (السيطرة – الخضوع).	6 رفع قوة الفرد
1 اتفق على الأهداف التي تركز على مخاطبة الهوية ، المعنى / ومعتقدات الهدف. 2- استخدم الحوار السقراطي لإعادة تأطير المعتقد أو عن الهوية والمعنى ، والهدف.	7- مخاطبة الهوية : الهدف ، والمعنى الشخصي

مستوى العلاج المعرفي للهلوسات الآمرة	المهام الرئيسية
	3- وضح عدم التناغم المنطقي في النظام الاعتقادي (هل هذا يتناغم مع ما يعقله الرب ؟). 4- ابني على شكوك العميل (هل قال الصوت ولو مرة واحدة أن هذا هدفه ؟). 5- شجع اعتبار التفسيرات البديلة. 6- قم بإعداد اختبارات حقيقية.
8- إعادة تأطير والحوار بشأن المعتقدات الرئيسية	1- وضح وراجع وأظهر النظرية النمائية. 2- وضح الخبرات الرئيسية ، الضغوط أو الخبرات الصادمة التي ربما أدت إلى نمو الخبرات الذهانية والمعتقدات الذهانية. 3- وضح واتفق على أن هذه كانت خبرات انفعالية ونمائية. 4- تشارك في إعادة الصياغة كنموذج شخصي للخبرات الذهانية. 5- استكشف وحدد المعتقدات الرئيسية من خلال الأفكار أو الاستنتاجات للمعتقدات الذهانية. وضح المعتقدات الرئيسية والأدلة المستخدمة لدعمها. 6- استخدم الحوار السقراطي ، وضح عدم التناغم المنطقي واعتمد على شكوك العميل بشأن المعتقدات الرئيسية. 7- استخدم أساليب حوارية فلسفية محددة ، تقييم السلوك مقابل تقييمات الشخص ككل ، تغيير طبيعة الذات. 8- ساعد العميل على تنمية التبصر الانفعالي من خلال التصرف بالتناغم مع ظهور معتقدات رئيسية جديدة.

لكي يتم تقييم مدى مناسبة العلاج المعرفي للهلوسات الآمرة ، استخدمنا بشكل طبيعي و معتاد مجموعة شاملة من المقاييس لتوضيح السمات المحددة لنظام الاعتقاد لدى العميل عن الأصوات ، ودرجة مقاومته ، والمشاركة مع الأصوات ، مع التوتر الذي يمرون به وسلوكيات الإذعان والمقاييس التي نستخدمها هي :

1- المقاييس العامة للذهان.

أ- مقياس المتلازمة السلبية والإيجابية (Kay et al., 1987).

ب- وهو مقياس يستخدم على نطاق واسع وجيد الإعداد ، كما أنه مقياس يقدر الأعراض الشاملة ، ويقيس الحالة العقلية.

ج- مقياس تقدير الأعراض الذهانية (Haddock et al., 1999) ، وهو يقيس الحدة والتوتر المرتبطان بعدد من أبعاد الهلوسات والأوهام السمعية.

د- مقياس الاكتئاب للشيزوفرنيا (Addington et al, 1993)وهو مصمم خصيصا لقياس مستوى الاكتئاب لدى الأفراد المشخصين على أن لديهم شيزوفرنيا.

هـ- مقياس المعتقدات التقييمية (Chadwick et al., 1999). هذا المقياس يقيس التقييمات الشاملة والثابتة والسالبة لدى الفرد.

2- المقاييس العامة للأصوات.

أ- مقياس المعتقدات عن الأصوات المعدل (Chadwick et al., 2001). وقد صمم في البداية كمقياس معرفي للأصوات لدراسة الدور الوسيط لمعتقدات الأصوات في التوتر والسلوك. هذا المقياس المعدل يشتمل على الآن على تقديرات : لا أوافق ، غير متأكد ، أوافق نوعا ما ، أوافق بشدة لإعطاء تقدير للمعتقدات الرئيسية عن الهلوسات السمعية ، بما في ذلك داعي الخير ، وداعي الشر ، وبعدين للعلاقة مع الصوت : المشاركة والمقاومة. هذا المقياس

يتم الإجابة عن مفرداته بخصوص الصوت الأكثر هيمنة ، والأكثر إحداثا للتوتر ، مثله في ذلك مثل مقياس آخر ، هو جدول التقييم المعرفي.

ب- جدول التقييم المعرفي (Chadwick & Birchwood, 1995) ، ويستخدم مع مقياس المعتقدات عن الأصوات المعدل لتقييم مشاعر الفرد وسلوكه في علاقتها مع الصوت ، ومعتقداته عن هوية الصوت ، والقوة والهدف ، أو المعنى ، وفي حالة الهلوسات الآمرة ، والنواتج المحتملة للإذعان أو المقاومة.

3- المقاييس الخاصة بالعلاج المعرفي للهلوسات الآمرة :

أ- مقياس الإذعان للصوت (Beck – Sander et al., 1997). وهو مقياس لتقدير الملاحظ ، يهدف إلى قياس تكرار الهلوسات الآمرة ومستوى الإذعان / المقاومة مع كل امر محدد خلال الأسابيع الثمانية الأخيرة.

ب- المقياس الفارق لقوة الصوت (Birchood et al., 2000) ويقيس القوة النسبية المدركة ، التي تميز بين الصوت (عادة الأكثر سيطرة) ومستمع الصوت فيما يتعلق بمكونات القوة بما في ذلك القدرة ، الثقة ، الاحترام ، القدرة على إلحاق الأذى ، السمو ، والدراية. ويتم استخدام مقياس متدرج من 5 درجات ، ويتم الحصول على الدرجة الكلية للقوة.

ج- مقياس العلم المطلق (Birchwood et al., 2000). هذا المقياس يقيس معتقدات مستمع الصوت عن معرفة الأصوات فيما يتعلق بالمعلومات الشخصية.

د- مقياس مخاطر التصرف وفقا للأوامر (Byrne et al., 2006). هذا المقياس تم تصميمه في الأصل لتحديد مستوى مخاطر التصرف وفقا للأوامر ، ومقدار التوترات المرتبطة بها.

أولئك الذين يتناسب معهم العلاج المعرفي للهلوسات الآمرة ينبغي أن يكون لديهم الآتي :

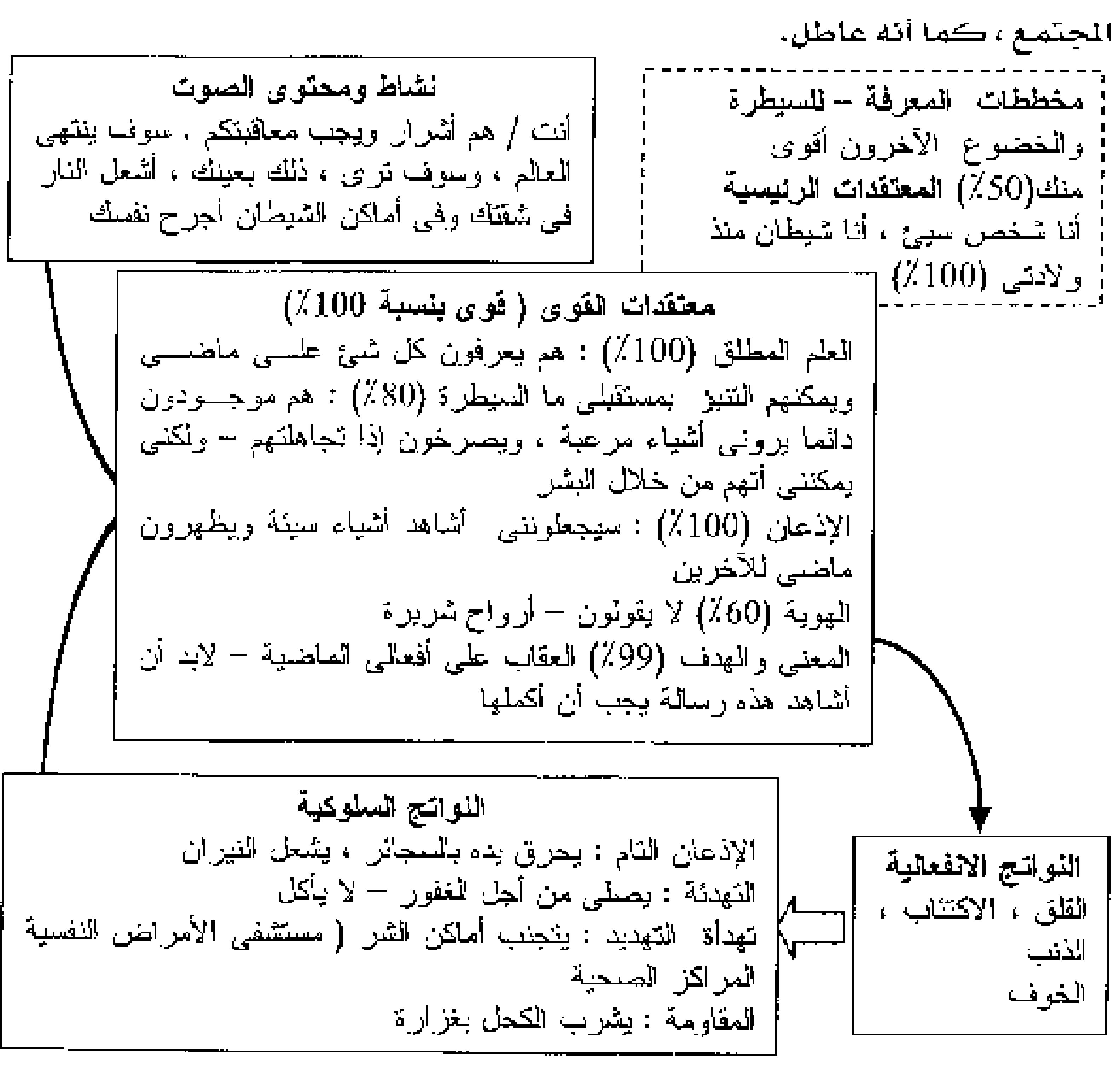
1. تشخيصا للشيزوفرنيا ، اضطراب الشيزوفرنيا الوجداني أو الاضطراب الوهمي تحت رعاية الفريق الطبي (f20, 22, 23, 25, 28 , 29).
2. الهلوسات الآمرة تستمر لمدة 6 أشهر ، مع إذعان مؤذ (درجة مقياس الإذعان للصوت أصغر من 3) ، بما في ذلك التهدئة ، إزاء الذات والآخرين ، أو التجاوزات الاجتماعية الرئيسية.
3. الدليل التلازمي لسلوك الإذعان المؤذي ، المطابق للهلوسات الآمرة (المعلن عنه بواسطة المتخصصين ، أو الواضح من ملاحظات الحالة).
4. التوتر المرتبط بالإذعان أو المقاومة.
5. يكون مقاوما للعلاج (الموصوف على الأقل نوعين من المعقلات بدون استجابة ولكن على جرعة ثابتة من العلاج لمدة 3 أشهر)، أو متردد في العلاج(رفض قبول العلاج الأمثل) (مثل الكلنزوابين Clozapine).
6. ليس لديه اضطراب عضوي أو اضطراب إدماني يعتبر تشخيصا أوليا.

دراسة حالة ماركس

Case Example : Marcus

ماركس يبلغ من العمر ما يزيد عن 30 سنة ، ويعاني من الأمراض الذهانية ، بدأ ذلك منذ سنوات المراهقة الأولى. فقد أعلن عن أنه مرة بخبرة طفولة غير سعيدة تماما ، تتسم بالإهمال العاطفي والإساءة الجسمية الشديدة ، بما في ذلك قيام زوج الأم بإشراكه في طقوس خفية. لم يستطيع ماركس الحضور إلى المدرسة ، حيث كان دائم الغياب ، كما أن علاقته مع الأصدقاء كانت ضعيفة. لقد كان ماركس طفلا انعزاليا ، ويصف أن لديه أصدقاء خياليين ، يتسلى بهم. أما عن أخته الصغرى ، فقد خضعت للرعاية ، حيث كان لديها مشكلات في الصحة العقلية. فقد مات زج أمه منذ بضع سنوات ، وكان ماركس يقضي معظم وقته مع عمته التي كانت تتصف بأنها داعمة له وعطوفة معه. ماتت عمته أيضا وهو في أواخر مرحلة المراهقة ، وفي هذا الوقت بدأ ماركس في تناول الكحول والحشيش ، كان ماركس يتذكر أنه كان يستمع إلى

أصوات تأمره بالشر ، كما كان يرى أخيلة اقتحامية (الأشخاص يموتون ، ويعذبون ، وتعفنت أجسامهم ، وتأكلها الديدان) ، وكان يرجع ذلك إلى الأصوات. وعلى ذلك ، وجد أكثر من مرة وهو يحاول شنق نفسه من على شجرة في الحديقة المحلية ، ونقل بعد ذلك إلى وحدة العلاج النفسي ، ولد كانت ذلك هي المرة الأولى للدخول على هذه الوحدة ، ودخل بعد ذلك أيضا بسبب محاولات الانتحار ، أو محاولات إلحاق الأذى بالذات ، ويرجع ذلك إلى سوء حالته العقلية. يذعن ماركس الآن للعلاج ، إلا أنه مازال يعاني من الأعراض والتوتر (انظر الشكل 2.2). يعيش ماركس الآن وحيدا في المجتمع ، كما أنه عاطل.



الشكل (2.2) قالب صياغة العلاج المعرفي للهلوسات الآمرة لماركس

التقييم Assessment

أثناء المرحلة الأولى من التقييم (توظيف البروتوكولات المذكورة سابقا في التقييم) ، وصف ماركس سماع العديد من الأصوات ، ذكورا وإناثا ، معظمها شريرة في طبيعتها. قال ماركس أن الأصوات قد حدثت بشكل مستمر ، وكانت عالية جدا ، وكانت تلجأ إلى الصراخ في وجهه إذا تجاهلها. أعلن ماركس عن الإفراط في تناوله للكحول والعقاقير ليكونوا أكثر هدوء وأقل توترا ، وهذا أحدث عددا من التأثيرات. كما أعلن عن أن الأصوات كانت تأمره دائما بإلحاق الأذى بنفسه ؛ يجرح نفسه ، يحرق نفسه ، يشنق نفسه ، وتأمره بإشعال النار في شقته وفي أماكن الشيطان. من غير المدهش أن يجد الأصوات مسببة للقلق بشكل كبير. قام ماركس بتفسير الأصوات على أنها قوية للغاية ، وسوف تعاقبه على عدم طاعته لها ، وذلك بجعله لا ينام ، ومشاهدته لمشاهد مرعبة من الموت مثل مشاهدته لأجسام متعفنة تأكلها الديدان. كما اعتقد ماركس أيضا أن من واجبه مشاهدة هذه ، والإذعان نظرا لأنه شخص سيء ، وموسوم بأنه شرير منذ ولادته ، وسوف يكافئنه بالعفو عنه. لقد تم وضع النتائج المستخلصة من عملية التقييم هذه في قالب الصياغة المعياري للعلاج المعرفي للهلوسات الأمرة في الشكل (2.1) ، واستكملت لماركس في الشكل (2.2).

المشاركة Engagement

المشاركة هي الأساس للنجاح في العلاج المعرفي للهلوسات الآمرة. ففي حالة ماركس ، يتم تحقيق الثقة بالتدريج من خلال استماع التعاطفي ، ومخاطبة معتقدات المشاركة لديه ، والمتمثلة في إيداعه مرة أخرى في المستشفى ، والتي يراها على أنها " مكان للشر ". فقد تم التوضيح له أنه إذا ما رأى المعالج أن حالته خطيرة ؛ وأنه معرض لخطر إلحاق الأذى بنفسه أو بالآخرين ، فإن ذلك سوف يتم إخبار الفريق به ،

ولكن دون تفاصيل بخبرات ماركس ومعتقداته ، وتاريخه الشخصي ، وأحداث الإذعان التي مر بها.

أعلن ماركس قبل ذلك أن الأصوات كانت غاضبة منه لأنه تحدث عنها أمام المعالج ، هناك إستراتيجية مشاركة أخرى هامة يراد توصيلها للصوت وهي أن هدف ماركس من المقابلة هو مساعدته على المجابهة ، وتقليل التوتر وليس التخلص من الأصوات. كما كان ماركس مهموما — بعد ردود الفعل الغاضبة للأصوات من أن المعالج سيجعل الأمور تصير إلى الأسوأ ، ويزيد من الأصوات والتوترات. لقد تم تقديم زر الهلع الرمزي ، والهدف من ذلك هو إعطاء العميل السيطرة ع لى عملية العلاج النفسي (تعزيز فكرة السيطرة في العلاقات الأخرى) مع اختيار عدم المشاركة في أي وقت وضمان حرية ماركس في الرفض ، والبقاء صامتا أو الانسحاب.

تم تخصيص الوقت (6 جلسات) لإظهار نظرياته عن الأصوات ونظام الاعتقاد لديه عن العالم كمكان شرير ، تشاهده الأرواح ، وله مكانة فيه. لقد تم استكشاف ذلك بحساسية وعناية ، مع إعطاء قيمة لنضال ماركس ومحاولته للمجابهة. بالإضافة إلى ذلك ، كان ترتيب الجلسات مرنا ، مع اختيار المقابلة في أماكن غير المستشفى ، وجعل الجلسات أقصر زمنا.

وأخيرا تمت المحاولات لتطبيع خبراته بناء على المتماثلات مثل الجيران المتطفلين كما وصفهم ماركس.

تعزيز السيطرة Promoting Control

إن تعزيز السيطرة خطوة معرفية وعملية هامة في العلاج المعرفي للهلوسات الآمرة تعمل على تقوية مرحلة المشاركة الأولية ، وتبني التفاؤل في التغيير. فتعزيز السيطرة يبدأ بشكل حاسم عملية تقويض القوة المدركة للصوت ، ويبني الأدلة التي تدحض الصوت ، وعجز الفرد. هذه العملية تبدأ بمراجعة وتعزيز أي استراتيجيات

مجابهة موجودة ، وهي -- بالنسبة لماركس -- محدودة ، وتتمثل في الإفراط في تناول الكحول بكميات كبيرة ، ويتجنب أماكن معينة يعتقد أنها أماكن للشر (سلوك الأمان الذي يهدف إلى تهدئة التهديد). ومع ذلك ، فإنه يشارك الصوت كثيرا ويستمع (من قبيل معتقدات الإذعان) إلى ما يريده منه ، ويرى ما يريه الصوت إياه على شاشة العرض".

قام ماركس -- بمساعدة المعالج -- بتنمية ثلاث استراتيجيات مجابهة أولية تمكنه من اكتساب بعض السيطرة والتخلص من الأصوات والحد من اقتناعه بعدم السيطرة إلى 70٪ . تعلم ماركس أنه كان قادرا في بعض الأحيان على تجاهل ما تقوله الأصوات بإبعاد انتباهه عن هذه الأصوات ، والتركيز على شيء آخر : جمال شجرة أو وردة (تحدث معتقداته أيضا بأن العالم كله شرير). فقد أظهر اهتماما بالعديد من الأساليب الموسيقية ، ووجد أن الاستماع إلى الموسيقى أسلوب مفيد في صدق الانتباه عن الأصوات بالنسبة لماركس ، فإن تقارير الإذاعة عن حدوث أشياء سيئة من شأنها استثارة الأصوات ، وبالتالي تم تشجيعه على الابتعاد عن رسالته (تحمل المشاهدة) ، ويغلق الإذاعة يوميا الساعة الخامسة مساءا (نمذجة نهاية ليوم من العمل في الرسالة).

هناك وظيفة أخرى لتنمية استراتيجيات مجابهة فعالة وهي بناء تحمل عدم الراحة أو الانزعاج ، وهذا يمكن توظيفه في عمل لاحق في العلاج المعرفي للهلوسات الآمرة ، حيث إن هذا مفيد نظرا لأن الأصوات بالنسبة لماركس كانت تنفذ تهديداتها على عدم الإذعان : لا تجعله ينام طوال الليل ، وتريه أخيلة مرعبة.

تم إعادة تأطير هذا الدليل من زيادة السيطرة على أن ليس للأصوات هذه القوة كما كان يعتقد ماركس (تقليل الاقتناع إلى 10٪). وعندما قام ماركس بتنمية السيطرة ، تم تشجيعه على البدء في وضع الحدود مع الأصوات بأن يقول لها " كفى هذا اليوم ".

ثم بعد ذلك ، تم تقديم استراتيجيتي مجابهة أخرتين. أولاً ، تم تشجيعه على الخروج للمشي (مساعدة في مواجهة اعتقاده بأن هناك من يراقبه ، ومعرفة أنه شرير ، ويتحالف مع أرواح وسوف يؤذيه). أما الإستراتيجية الثانية ، فتنطوي على قراءة كتب وصفات الطعام بناء على اهتمامه السابق بالطبخ ، وهذا كله قد ساعد في الإعداد لاستهداف سلوكيات التهدئة كما هو مبين في المراحل التالية.

المشاركة في نموذج العلاج المعرفي للهلوسات الآمرة ونموذج ABC

Socializing the ABC / CTCH Model

إن إعادة وضع المشكلة في (B) أي المعتقدات تعد مرحلة رئيسية ، والتي إذا لم تتم تجعل التقدم في معتقدات القوة الجدلية ، والتقليل من استخدام سلوكيات الأمان أقل فعالية ، حيث لا يقوم العميل بالعمل في نفس الأجندة. فقد تم تشجيع ماركس على التمييز بين الحقائق والمعتقدات ، ومعرفة كيف أن رؤيتها بهذه الطريقة تعني إمكانية تغييرها (مخاطبة هذا الشعور بالعجز ، واليأس ، والاكتئاب). ومع ذلك ، لم يكن مقتنعا بذلك ، ولذلك تم سك مدخل آخر. كما تم مراجعة معتقد ظهر عندما تم استخدام زر الهلع ، وكان التركيز في الجلسة على الحديث عن غير الأصوات). ثم بعد ذلك ، تم اعتبار العيوب المتعلقة بمعتقداته عن صحة أو خطأ الأصوات. كان لكل مدخل بعض المميزات ، إلا أن ماركس استسلم إلى أنه من الأفضل الابتعاد إذا كانت هذه المعتقدات خطأ.

إعداد المشاركة في الصياغة

Developing and Sharing Formulation

إن صياغة ABC أداة قوية قادرة على التعبير عن ، وإسقاط معظم مظاهر الهموم والتوترات الذهانية لدى العميل ، وهي مضمرة في قالب الصياغة للعلاج المعرفي للهلوسات الآمرة المعروض في الشكل (2.1) قد تنطوي عملية الصياغة على فصل كل عنصر من عناصر صياغة ABC ، مع مراعاة الحقيقة التي مؤداها أنه ربما يكون هناك العديد من (A) : الأحداث النشطة (مثل : التعليقات الازدرائية) ; الأوامر بإلحاق الأذى بالذات ، وأوامر لإلحاق الأذى بالآخرين) ، والتي قد تؤدي جميعا إلى معتقدات (B) مختلفة أو متشابهة. بالنسبة لماركس ، فإن ما يقال له عن أنه شرير ، وأنه سوف يعاقب قد عزز لديه المعتقدات الرئيسية ، ومعتقدات الإذعان (والتي نتج عنها الاكتئاب والشعور بالذنب). إن عبارات مثل " العالم سوف ينتهي " ، " وسوف تعاين ذلك بنفسك " قد أحدثت لديه القلق ، وكشفت عن أغراضها ، في حين أن " إحراق بيتك / وأماكن الشرب واجرح نفسك ، واشنق نفسك " مشكلتي أوامر مباشرة وواضحة ، وأحدثت مزيدا من القلق والخوف. كل عنصر من عناصر صيغة ABC تم مشاركته مع ماركس قبل مشاركة القالب الأخير المستكمل معه. وهذا ساعد على عدم إرهاقه والضغط عليه ، وسمح له بالمشاركة ، والحصول على التغذية الراجعة وعمل التعديلات اللازمة.

الموافقة على وضع أهداف للعلاج في العلاج المعرفي للهلوسات الآمرة.

Agreeing and Setting Therapy Goals in CTCH

إن الأهداف في العلاج المعرفي للهلوسات الآمرة تتمثل في الحد من التوتر واستخدام سلوكيات الأمان. كما أن عملية المشاركة في الصياغة مع ماركس ، والتي وصفناها سابقا جعلت من السهل الاتفاق على أهداف العلاج النفسي الخاص به :

1. تقليل القلق والخوف (الأهداف الأولى).
2. تقليل الاكتئاب والشعور بالذنب (الأهداف المتقدمة واللاحقة للعلاج النفسي ، المستويات السابع والثامن).
3. تقليل استخدامه لسلوك الأمان.

أ. البدء بتهدئة التهديد المرتبط فعلا بالتدخل القائم على إستراتيجية المجابهة.

ب. التهدئة ؛ طهي وجبات لذيذة (يرتبط أيضا بالتدخل القائم على إستراتيجية المجابهة).

ج. إذا ما تم تحقيق تنشيط الأحداث (A) ، والمعتقدات عن الأحداث (B) بنجاح ، فإن أهداف سلوكيات الأمان اللاحقة يمكن أن تركز على تقليل الأشكال الضارة من الإذعان بدء من إلحاق الأذى بالذات.

إعادة تأطير ومناقشة معتقدات القوة
Reframing and disputing power Beliefs

إن الهدف الإجمالي لهذه المرحلة من العلاج المعرفي للهلوسات الآمرة هو مخاطبة عدم توازين القوة المدركة ، والذي يدعم الإذعان والتوتر هنا ، يتم تبني عدد من المراحل المعرفية الرئيسية ، والتي تهدف إلى :

- التقليل من القوة المدركة للصوت وزيادة القوة المدركة لمستمع الصوت.
- تقليل الإذعان والتهدئة ، وسلوكيات الأمان الأخرى ، وزيادة المقاومة.
- إضعاف الاقتناع بأن العميل سوف يعاقب أيضا أو يضار بأذى.
- إضعاف الاقتناع عن هوية الصوت (مستوى 7)

ربما تتباين المراحل المعرفية الرئيسية في الحالات الفردية ، ولكنها تنطوي على :

- استكشاف أصل أو مصدر الاعتقادات والبحث الحساس ، والواعي عن التوضيح.
- إعداد قائمة ، وفحص الدعم ، والأسباب ، والأدلة على هذه المعتقدات.

- لبحث عن ، ودراسة وجهات النظر المتصارعة (وجهات النظر البديلة).

خلال هذه العملية ، يعتمد المعالج على شكوك العميل ، الماضي أو الحاضر ، أو أي دليل أو سلوك متناقض لدى العميل يتم الشك في " الأدلة " بدءا من الدليل الأقل إقناعا : التسلسل الجدلي.

وصف ماركس تاريخا طويلا من خبرات الإساءة فيما يبدو يعرفها الصوت كلية – على الرغم من تردد ماركس في الخوض في تفاصيل. كما ذكر مجموعة من أحداث للأدلة التي تدعم معتقداته ، حيث كان يحضر معه قصاصات من الصحف إلى الجلسات ، وفي بعض المناسبات كان يحضر معه رقم الأمن الاجتماعي ، والذي كان له ثلاث ستات تسلسلية فيه تقدم (في عينيه) دليلا نهائيا على نشره. فبدلا من مخاطبة كل دليل في حالة ماركس (نظرا لن الدليل كان عنيدا ، ومن المحتمل أن يستدل بأمثلة أو استنتاجات جديدة ، ويظهر أنها ترتكب أخطاء (مثلها في ذلك مثل أي شخص آخر). هذه إستراتيجية هامة للعلاج المعرفي للهلوسات الآمرة في خوض رتبة الأصوات وتحريرا هاما للعلاج المعرفي للهلوسات الآمرة في خوض رتبة الأصوات وتحرير الفرد من سيطرتها. لقد ذكرنا كيف أن هذه الأصوات ليست صحيحة في تنبؤاتها بنهاية العالم عام 2000. ولقد افترض أنها عرضة للخطأ. وهذا أثار الشك لدى ماركس ، واستطاع ذكر أمثلة أخرى ، ومن ثم افترضنا بناء على ذلك أن الأصوات تدعي أشياء كثيرة إلا أنها لا تستطيع تحقيق منها شيئا ، وإذا كانت مخطئة في هذا أو ذاك ، فأي شيء آخر يمكن أن تكون مخطئة فيه ؟

أما الاختبار الثاني المهم فقد تمثل في بناء تحمل التوتر أو القلق. غالبا ما أدرنا موقفا ما من خلاله يمسك مستمع الصوت عن سلوك الأمان ، حيث لا يحدث أي ضرر باستخدام هذا ، ومن ثم يمكن افتراض أن الأصوات لا تستطيع تنفيذ التهديدات ، وبالتالي فهي ليست بالقوة التي كان يعتقد فيها قبل ذلك. يمكن تقديم العديد من الأمثلة التي تؤيد هذا الدليل. ومع ذلك ، في حالة ماركس قامت الأصوات بشكل عام بتنفيذ تهديداتها ، حيث جعلته لا ينام طول الليل ، وأفسدت عليه معيشته ، كما

جعلته عرضة للأخيلة والتصورات المرعبة. إن طلب ماركس أن يتصرف على عكس أوامر الأصوات أو يتحدى ادعاءاتها من الممكن أن ينتج عنه اعتقاد بأنه يتم تعزيزه في حين أن الأصوات تنفذ بالفعل عقابه بتعذيبه وإبقاءه مستيقظا طوال الليل ؛ بالنسبة لماركس ، فإن المناورات المعرفية الرئيسية ركزت على المساعدة في تحديد كيف يقول نفسه أنه " لا يستطيع تحمل هذا ، وهذا يزيد من قلقه وتوتره ، ثم بعد ذلك يقول لنفسه " أستطيع أن أتحمل ، وتحملت ذلك من قبل ، أستطيع الآن استخدام استراتيجيات المجابهة بدلا من الشرب. في الحقيقة كانت الأمثلة التي يراها إرتجاعات فنية لمشاهد ما ، وكانت تعكس تنشيطا لا إراديا لذكريات مؤلمة (Walters et al; 2006) لموت عمته ، ورؤيتها كجسد متعفن. من الواضح أنه على الرغم من أن ماركس استلم تماما لهذه الخبرة ، إلا أنه كان فعلا يتجنب إعادة تجهيز وجعل نفسه عرضة للأخيلة المؤلمة ، وكان يستخدم الصلوات كأسلوب يصرف نظره عن هذه الأخيلة. وفي نفس الخط مع نيلسون Nelson (2005) ، رأينا في مرحلة من العلاج النفسي (انظر التالي) أن المخ أحيانا يقع في أخطاء ، ومن الممكن إعادة تفعيل هذه الأحداث ، والتي يمكن أن تصبح بعد ذلك مشوشة. عموما ، وجدنا تقديم مفهوم المخ " يقع في أخطاء " طريقة مفيدة في بناء الأدلة التي تدعم التفسير البديل ، والمتمثل في أن الأصوات ربما تعكس الذكريات الخاصة بالأحداث الماضية. ففي حالة ماركس ، افترض أن الأصوات استغلت هذا الحدث ، وأنه لم يكن موجودا ليقف بجوار عمته. لقد كان الحدث مزعجا ، ولذا حاول ألا يفكر فيه. إن قبول هذا التفسير جعل من الممكن الاستمرار في استكشاف الذنب وإعادة تقييم وإعادة تجهيز هذه الخبرة المؤلمة.

يقوم الفرد بتبني سلوكيات الأمان للحد من التهديد المدرك وتقديم الراحة ولو لفترة قصيرة من الزمن ، ولقد كانت هذه السلوكيات فعالة في هذا ، ويمكن إدراك قيمتها. ومع ذلك ، بالنسبة لماركس ، لوحظ أنها تعمل على منعه من تعلم مقدار القوة الحقيقية للأصوات. ولكي ما تكون هناك دافعية للتغير ، طلب من ماركس اعتبار كيف أن عدم الأكل يساعده في الإذعان إلى أوامر الأصوات ، ومن خلال الحوار السقراطي يتم بناء التبصر الذي مؤداه أن " الصوت سوف يتركني ضعيفا وغير قادر

على تحمل المشاهدة ". هذا الأمر من الأصوات تم فرضه على أنه لا يتناغم - من الناحية المنطقية – مع خططهم له ، وهذا دليل آخر على احتمالية خطأهم.

الحد من استخدام سلوكيات الأمان
Reducing the use of safety behaviours

كان هناك أولوية لسلوكين من سلوكيات الأمان للحد منها لدى ماركس. حيث تم اختيارهما ، والاتفاق عليهما من بين سلسلة من السلوكيات تتراوح بين الأكثر إحداثا للقلق إلى الأقل إحداثا للقلق ، وصعبة التحمل ، وتم الاعتماد على استراتيجيات المجابهة في المراحل السابقة. اشتمل الأول على مد فترة المشي بجوار الأماكن التي يعتبرها ماركس شر للحد من سلوك الأمان القائم على تسكين أو تهدئة التهديد. أثناء المشي ، تم تشجيع ماركس على ملاحظة أي شيء جميل (مثل : الشجرة في الخريطة) وكيف أن هذا دليل ضد أن العالم كله شر ومكان سيء .

أما سلوك الأمان الثاني المستهدف فهو الأكل. مرة أخرى ، فإن الاعتماد على الاهتمام السابق لماركس بالطهي ، تم الاتفاق على أن يقوم بطهي وجبة لذيذة لنفسه (بناء على إستراتيجية المجابهة والمتمثلة في قراءة كتب الطهي) مرة في الأسبوع ، من أجل الحد من سلوك التهدئة والمتمثل في عدم تناول الطعام وعدم إعداد طعام جيد .

طلب من ماركس – لكل تجربة سلوك أمان -- ملاحظة كيف كان شعوره ، وكيف كان ردود أفعال الأصوات ، وكيف واجه ذلك. أعلن ماركس أنه على الرغم من أن الأصوات كانت في وقت من الأوقات صعبة ، إلا أنه استطاع مجابهتها ، وحدث ذلك عندما خرج للمشي ، وبالتالي توقفت هذه الأصوات عن التعليق عن أن هذه الأماكن أماكن شر. على الرغم من صعوبة القيام بالطهي في أول الأمر ، إلا أنه عندما قام ماركس بالطهي مرات عديدة أصبح الطهي أقل توترا ، خصوصا عندما كانت هناك رغبة لدى ماركس أن يكون في صحة وعافية.

رفع قوة الشخص

Raising the Power of the Individual

معظم التدخلات سالفة الذكر لا تهدف وفقط إلى تحدي المعتقدات عن قوة الصوت ، ولكن تهدف أيضا التأكيد على أن العميل هو الذي لديه السيادة وليس الصوت. فالتجارب السابقة كان الهدف منها تعزيز معتقدات ماركس بأن لديه السيطرة أكثر من الصوت ، والتي ثبت خطأها ، وكان عليه أن يختار عدم إتباع كل أمر يصدر عن الصوت ، ومن ثم يمكنه تحمل نتيجة هذا الاختيار. ولقد تم إعادة تأطير ذلك كدليل على التحول المتغير للقوة. كما لوحظ أيضا أن معتقدات ماركس عن الآخرين أثناء خروجه للمشي لم يوافق عليها حيث أن هؤلاء الناس مثله ، ليسوا أفضل ، وليسو أسوأ ، ولكنهم يسيرون إلى عملهم اليومي.

وبناء على ذلك ، تم تشجيع ماركس على الشك في الأوامر الضارة مباشرة ، ومن خلال ذلك يتصرف على عكس معتقدات القوة المختلة وظيفيا الباقية لديه ، وفي خط واحد مع المعتقدات الوظيفية الجديدة. وجد ماركس ذلك صعبا للغاية حيث اعتقد أنه يستحق العقاب.

مخاطبة الهوية ، الهدف ، ومعتقدات المعنى الشخصي

Addressing Identity, Purpose and Personal meaning beliefs

لقد كان واضحا – حتى منذ المراحل الأولى من العلاج النفسي والمشاركة في الصياغة – أن الأصوات تغذي شعوره بالذنب لعدم إنقاذ عمته ، ورؤيتها ميتة في حالة من " تحلل الجسد ". فقد أوضحنا أن هذه الخبرة تحدث توترا لأي إنسان ، ولكن في هذه الحالة ، حولت الأصوات إلى أصوات شر (من أصدقاء الطفولة البرءاء) نتيجة لشعوره بالذنب لعدم إنقاذها ، وأن الأخيلة تؤكد له ذلك. فقد افترض أن ماركس عوقت بما فيه الكفاية ، كما تم استكشاف تفسير الصدمة (كما أوضحنا سابق) ، وبناء على

ذلك قلت المعتقدات في الهوية (والتي كانت هي معتقدات القوة الأقل اقتناعا) إلى 20 ٪ ، ومع ذلك مازال ماركس لديه معتقدات عن عالم الأرواح بوجه عام.

إعادة تأطير ومقاومة المعتقدات الرئيسية

Reframing and disputing core beliefs

تذكر نظرية العلاج السلوكي الانفعالي العقلاني أن هناك حاجة إلى مستوى من المعتقدات الرئيسية لإنجاز التغيرات طويلة الأمد. كما أن العملاء ربما لا يستجيبون بشكل تام أيضا للتدخلات التي تستهدف معتقدات القوة ، والتي هي معتقدات استنتاجية وهذا واضح في حالة ماركس. لقد استغرقت وقتا في استكشاف معتقدات ماركس ، والمتمثلة في " أنا شخص سيء جدا " ، وأنه " شرير منذ ولادته " ، وبالتالي فقد تبين لدينا أن العمل عند هذا المستوى هو المفتاح للحد من الإذعان وتقويض علاقة القوة مع الأصوات.

الأفعال الماضية : لقد تم الحديث عن المشاركة في الطقوس الخفية ، وإشعال النار (متبعا في ذلك أوامر صادرة عن الأصوات) كدليل على الشر. وكخطوة أولى ، تم تشجيع ماركس على التفكير في نتيجة أن معاملة الناس له بشيء سيء جعلته إنسانا سيئا. واقترحنا أن من الخطأ فعل ذلك ، خصوصا عندما كان طفلا. كما أوضحنا أيضا كيف أنه أثناء قيامه بإحراق الممتلكات كان ذلك بدافع من الأصوات ، ولم يكن لديه طرق للمجابهة أو رفض أوامرهم في ذلك الوقت. كما تم استكشاف عمل الأحكام الذاتية ووضع رتبة للذات على أساس السلوكيات الماضية (حتى السلوكيات السيئة منها) كخطأ منطقي ، وتم تشجيع ماركس على رؤية " الذات " على أنها عملية متطورة ، وتم تشجيع ماركس على إدراك أن الناس يمكن أن يتغيروا وليسوا " سيئين للأبد ". كما أن الاقتناع بالمعتقد الرئيسي والذي قل نتيجة لذلك (إلى 40 ٪) قد أحدث تقليلا نهائيا في سلوك الإذعان ، ولم يحدث أي أحداث أخرى بعد فترة العلاج خلال الستة أشهر التي تليت لعلاج.

النتيجة Outcome

مازال ماركس يتناول الكحول ولكن ليس بنفس الغزارة في نهاية العلاج النفسي ، حيث كان زجاجة الخمر تبقى معه لمدة أسبوعا. كما توقف عن تناوله الحشيش ، ولقد أحيل في نهاية العلاج إلى الدعم المستمر في استخدام المواد. استمر ماركس في سماع الأصوات ، ولكن كانت أقل إحداثا للتوتر ، حيث رأى أنه الآن يملكن السيطرة (بنسبة 80 ٪) عليها أكثر مما تملكه هي عليه (20 ٪) ، كما تبين له خطأ الأصوات ، وأن 20٪ منها مطلق العلم. علاوة على ذلك يعتقد ماركس الآن أنه ليس مجبرا على الإذعان لأوامر الأصوات ، ولكن مازالت هذه الأصوات عبارة عن أرواح (20٪) تحاول أن تعاقبه.

الحدود والتوجهات المستقبلية في العلاج المعرفي للهلوسات الآمرة

Limitation and future directions in CTCH

لقد كان حجم عينة أول دراسة أجريناها هدف أعمى للتعامل مع إثبات تجربة النظرية صغيرا ، وتم إجراؤها في جزء واحد فقط في المملكة المتحدة (على الرغم من التباين الثقافي والاقتصادي ، في منطقة ميدلاندرز الغربية). نحن الآن نستعمل تجربة في مركز متعدد لمدة ثلاث سنوات لمخاطبة هذه القضية. نحن نأمل في أن نعيد تكرار النتائج من الدراسة الأولى باستخدام ضبط مختلف ، ومعالجين مختلفين. ففي دراستنا الحالية ، امتدت الجلسات لتصل إلى 24 جلسة.

أخيرا ، ينبغي أن يكون واضحا الآن أننا لا ندعي تقليل الأعراض للعلاج المعرفي للهلوسات الآمرة. فهذه الأعراض مستمرة كما رأينا في التجارب الأخرى ، على الرغم من أنها ربما تقل بل وتختفي في بعض الحالات الفردية.

المراجع

Addington , D. , Addington , J. and Maticka-Tyndale , E. (1993) Assessing depression in schizophrenia: the Calgary Depression Scale . British Journal of Psychiatry , 163 (suppl. 22) , 39 – 44 .

Beck-Sander , A. , Birchwood , M. and Chadwick , P. (1997) Acting on command hallucinations: A cognitive approach . British Journal of Clinical Psychology , 36 , 139 - 148 .

Birchwood, M. Gilbert, P. , Gilbert, J. et al . (2004) Interpersonal and role-related schema influence the relationship with the dominant 'voice' in schizophrenia: a comparison of three models . Psychological Medicine , 34 , 1 – 10 .

Birchwood , M. , Meaden , A. , Trower , P. et al . (2000) The power and omnipotence of voices: subordination and entrapment by voices and significant others . Psychological Medicine , 30 , 337 – 344 .

Birchwood , M. , Tower , P. and Meaden, A. (2010) Appraisals. In Lari , R. , and Aleman , A. (eds) Hallucinations: A Practical Guide to Treatment . Oxford : Oxford University Press.

Byrne , S. , Birchwood , M. , Trower , P. et al . (2006) Cognitive Therapy for Command Hallucinations: A Social Rank Theory Approach . New York : Brunner-Routledge .

Chadwick , P. and Birchwood , M.J. (1994) The omnipotence of voices: A cognitive approach to auditory hallucinations . British Journal of Psychiatry , 164 , 190 – 201 .

Chadwick , P. and Birchwood , M. (1995) The omnipotence of voices II: The beliefs about voices questionnaire . British Journal of Psychiatry , 166 , 773 – 776 .

Chadwick , P. , Birchwood , M. and Trower , P. (1996) Cognitive Therapy for Delusions, Voices and Paranoia . Chichester : Wiley .

Chadwick , P. , Lees , S. and Birchwood , M . (2000) The revised beliefs about voices questionnaire (BAVQ-R) British Journal of Psychiatry , 177 , 229 – 232 .

Chadwick , P.D. and Lowe , C.F. (1990) Measurement and modification of delusional beliefs . Journal of Consulting and Clinical Psychology , 58 , 225 – 232 .

Chadwick , P. and Trower , P. (2008) Person-based cognitive therapy for paranoia: The challenges of 'poor me.' In D. Freeman , R. Bentall , and P. Garety (eds) Persecutory Delusions: Assessment, Theory and Treatment , (pp. 411– 425). Oxford : Oxford University Press .

Chadwick , P. , Trower , P. and Dagnan , D. (1999) Measuring negative person evaluations: The evaluative beliefs scale . Cognitive Therapy and Research , 23 , 549 – 559 .

Ellis, A. (2004) Why rational emotive behaviour therapy is the most comprehensive and effective form of behaviour therapy . Journal of Rational Emotive and Cognitive-Behavior Therapy , 22 , 20 38 .

Gilbert, P. (1992) Depression: The Evolution of Powerlessness . Hove : Lawrence Erlbaum.

Gilbert , P. and Allan , S. (1998) The role of defeat and entrapment (arrested flight) in depression: An exploration of an evolutionary view . Psychological Medicine , 28 , 584 597 .

Hacker , D. , Birchwood , M. , Tudway , J. et al . (2008) Acting on voices: Omnipotence, sources of threat and safety-seeking behaviours . British Journal of Clinical Psychology , 47 , 201 – 213 .

Haddock , G. , McCarron , J. , Tarrier , N . et al . (1999) Scales to measure dimensions of hallucinations and delusions: The psychotic symptom rating scales (PSYRATS) Psychological Medicine , 29 , 879 – 889 .

Junginger , J. (1990) Predicting compliance with command hallucinations . American Journal of Psychiatry , 147 , 245 – 247 .

Kay , S.R. , Fiszbein , A. and Opler , L.A. (1987) The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia . Schizophrenia Bulletin , 13 , 261 – 269 .

Mawson , A. , Cohen, K. and Berry , K. (2010) Reviewing evidence for the cognitive model of auditory hallucinations: The relationship between cognitive voice appraisals and distress during psychosis . Clinical Psychology Review , 30 , 248– 258.

Monahan, J. , Steadman , H.J. , Silver , E. et al . (2001) Rethinking Risk Assessment: The MacArthur Study of Mental Disorder and Violence . New York: Oxford University Press.

Nayani , T.H. and David , A. (1996) The auditory hallucination: A phenomenological survey . Psychological Medicine , 26 , 177 – 189 .

Nelson , H.E. (2005) Cognitive-Behavioural Therapy with Delusions and Hallucinations. A Practice Manual , 2nd edn. Cheltenham : Nelson Thornes Ltd .

Rogers , P. (2004) Command hallucinations and violence: Secondary analysis of the MacArthur Violence Risk Assessment Data . PhD diss. Institute of Psychiatry , Kings College, London.

Rogers , P. (2005) The association between command hallucinations and prospective violence: Secondary analysis of the MacArthur Violence Risk Assessment Study . Presentation at the Institute of Psychiatry Medium Secure Unit Conference . January 2005.

Shawyer , F. , MacKinnon , A. , Farhall , J. et al . (2003) Command hallucinations and violence: Implications for detention and treatment . Psychology, Psychiatry and the Law , 10 , 97 – 107 .

Trower , P. . Birchwood , M. , Meaden , A. et al . (2004) Cognitive therapy for command hallucinations: Randomised controlled trial . British Journal of Psychiatry , 184 , 312 – 320 .

Walen . S.R. , DiGiuseppe , R. and Dryden , W. (1992) A Practitioner ' s Guide to Rational-Emotive Therapy . New York: Oxford University Press.

Waters , F.A.V. , Badcock , J.C. , Michie , P.T. et al . (2006) Auditory hallucinations in Schizophrenia . Cognitive Neuropsychiatry , 11 , 65 – 83 .

Wykes , T. , Steel , C. , Everitt , B. et al . (2007) Cognitive Behaviour Therapy for schizophrenia: Effect sizes, clinical models, and methodological rigor . Schizophrenia Bulletin , 10 , 1 – 15 .

الفصل الثالث

العلاج السلوكي المعرفي لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة والذهان

المقدمة والقاعدة الحالية القائمة على الدليل
Introduction and Current Evidence – Base

لقد تم إدراك و التعرف على الدور القوي للصدمة في نمو والحفاظ على الذهان - بشكل متزايد في السنوات الأخيرة ، مع وجود دراسات تشير إلى معدلات مرتفعة من التعرض للصدمة واضطراب ما بعد الصدمة لدى الأفراد الذهانيين مقارنة بالأفراد العاديين (Grubough et al., 2011). علاوة على ذلك ، فإن هناك أدلة تشير إلى أن اضطراب ما بعد الصدمة يرتبط بكثير من الأعراض الحادة ، والأداء السيئ ، والاستخدام المتزايد للخدمات لدى الأفراد المتأثرين بالذهان (Resnic et al., 2003; Mueser et al., 2004; Lysoker & Iarocco, 2008). فقد افترض موسر ورفاقه Mueser et al. (2002) نموذجا تفاعليا للتفسير الضار للصدمة على الذهان ، حيث رأوا أن التأثيرات المباشرة لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (مثل المرور مرة أخرى بخبرة أعراض التجنب وفرط الإثارة) ، والتأثير غير المباشر (مثل صعوبات العلاقة ، تناول المواد المخدرة ، وتكرار الصدمة) - تتسبب في تفاقم الأعراض والمشكلات الوظيفية ، وصعوبات الانخراط في الخدمات المقدمة. ومع الوضع في الاعتبار التأثير السلبي الواضح للصدمة على الذهانيين من الناس ، فإن إعداد تدخلات فعالة لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى مجموعة العملاء يعتبر أولوية علاجية.

كما تقدم المداخل السلوكية – المعرفية الأساس للتدخلات النفسية الموصى بها لاضطراب ما بعد الصدمة (Foa et al., 2001, 2006, NICE, 2005). و من ثم ، يمكن تقسيم العلاجات القائمة على الأدلة لاضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة إلى فئتين : العلاج النفسي بالتعرض ، وينطوي على تعرض حقيقي أو تخيلي للمثيرات المرتبطة بالصدمة ، وإعادة البناء المعرفي ، ويتكون من تقييم المعارف والمعتقدات المرتبطة بالصدمة. هناك جدل دائم حول التأثير النسبي لهذين العلاجين ، مع وجود أدلة تشير إلى أن كلا المدخلين متساويين في الفعالية (Marks et al., 1998, Tarrier et

al., 1999, resnick et al., 2002). كما أن هناك دراسات قليلة بحثت في استخدام هذين العلاجين في علاج اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأفراد المبتلين بالذهان ، إلا أنه لا توجد دراسة قارنت مباشرة مدخل التعرض ومدخل إعادة البناء المعرفي لدى هذه العينة. في حين قدّم فرو ورفاقه .Fruch et al (2009) حزمة من العلاج السلوكي المعرفي القائمة على التعرض (تتكون أيضا من جلسات جماعية للتدريب النفسي – التربوي ، وإدارة القلق ، والمهارات الاجتماعية) باستخدام تصميم التجربة المفتوحة إلى عينة من 20 شخصا لديهم أعراض مشتركة من اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة والشيزوفرنيا أو اضطراب الشيزوفرنيا الانفعالية ، وجد أنها أدت إلى تقليل الحالة التشخيصية لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة والأعراض في 3 أشهر من المتابعة ، على الرغم من عدم وجود فروق بالنسبة للقلق العام ، والاكتئاب ، والصحة الجسمية. وفي تصميم تجريبي مفتوح آخر ، وجد فان دين بيرج ، فان ديرجاج Van den Berg & van der Gaag أن التدخل الموجز القائم على إبطال إحساس حركة العين وإعادة المعالجة Eye Movement Desensetization Reprocessing (EMDR) فعالا في الحد من اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة ، الذهان ، تقدير الذات المنخفض ، القلق ، والاكتئاب لدى 27 فردا من ذوي الأمراض المصاحبة للشيزوفرنيا واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة. ففي حين أن هذه الدراسات الاستكشافية تشير إلى أن مداخل التعرض قد تكون فعالة مع الأفراد ذوي اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة والذهان ، إلا أننا في حاجة إلى المزيد من البحوث النظامية قبل الخلوص إلى استنتاجات قاطعة.

علاوة على ذلك ، فإن هناك شكوك بشأن مدى مناسبة المداخل القائمة على التعرض للأفراد ذوي الحاجات المعقدة، الذين ربما مروا بخبرة المستويات العليا من القلق والحساسة للضغوط. فقد أعد موسر ورفاقه .Mueser et al (2004, 2009) برنامجا علاجيا لإعادة البناء المعرفي كمدخل يمكن تحمله للأفراد ذوي مشكلات الصحة العقلية الحادة. كان البرنامج يستهدف أيضاً معوقات العلاج الشائعة التي تحدث عند العمل مع الذهان ، مثل الصعوبات المعرفية وحاجات الرعاية الاجتماعية،و

يتم التركيز في إعادة البناء المعرفي Cognitive Reconstructing على النتائج التي تقترح أن السلوك يمكن أن يكون وسيلة فعالة في التقليل من الضغوط في مدى من الصعوبات بما في ذلك الذهان. ربما يكون إعادة البناء المعرفي مكوناً ضرورياً في مخاطبة الانفعالات المعقدة المرتبطة بالصدمة مثل الشعور بالذنب، والخجل؛ حيث إن العلاج النفسي بالتعرض أقل فعالية في علاج اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة عندما لا يكون القلق هو الانفعال المسيطر (Ptiman et al., 1991, Smucker et al., 2003) دعماً لاستخدام إعادة البناء المعرفي في علاج اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة في الذهان، تبين وجود تغيرات في الحالات المرتبطة بالصدمة لتوسط التغيرات في أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأفراد المشخصين على أن لديهم طيف الشيزوفرنيا (Mueser et al, 2008)

لقد تم تقييم برنامج إعادة البناء المعرفي في تجارب عشوائية الضبط في الولايات المتحدة على 108 فرداً من ذوي مشكلات الصحة العقلية الحادة، وتبين أنه مفيد في التقليل من أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، والاكتئاب، والقلق، وتحسين المشاركة (Mueler et al., 2008). ففي حين تم تشخيص 15.7 ٪ من العينة على أن لديهم طيف الشيزوفرنيا، إلا أن دراستين استطلاعيتين للبرنامج كان بهما نسبة كبيرة من هؤلاء العملاء وأظهروا ملائمة وتقليل في أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة في المتابعة. ولاستكشاف ما إذا كان من الممكن تعميم النتائج على الأفراد الذهانيين ككل، يتم الآن تقييم البرنامج العلاجي في تجربة عشوائية الضبط على عينة من المملكة المتحدة من الذهانيين. هذا الفصل يصف حالة علاجية من تجربة عملت فيها عميلة تدعى هيلين Helen مع المؤلف الأول، الذي كان يبحث في تأثير خبرة الإساءة الجسدية، والجنسية، والانفعالية على حياتها. يتم في البداية وصف البروتوكول العلاجي مع استعراض عن هيلين، وتاريخها، ثم نقدم بعد ذلك سرداً للعلاج النفسي بطريقة الموديول، ونوضح المهام الرئيسية وتجهيز القضايا والموضوعات أثناء الجلسات. ونختتم الفصل بتأمل في استخدام البروتوكول لعلاج المشكلات المرتبطة بالصدمة لدى هيلين في سياق حاجات الصحة العقلية المعقدة لديها.

البروتوكول Protocol

بناء على النماذج السلوكية المعرفية للذهان واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (Ehlers and clark , 2000, Garety et al., 2001, Morrison, 2001) التي تبين الدور الرئيسي المركزي لتفسيرات الخبرات في تحديد كيف يشعر الناس ، فإن التركيز الرئيسي في البرنامج العلاجي ينصب على إعادة البناء المعرفي - وهي مهارة يمكن للعميل أن يستخدمها في إدارة مشاعر الاضطراب ، بما في ذلك القلق أو الضغوط الناتجة عن الأفكار والمعتقدات المرتبطة بالصدمة، كما أن التأكيد في البرنامج على تعليم العملاء كيفية استخدام إعادة البناء المعرفي بشكل مستقل كمهارة لإدارة الذات ، مقابل أخذ المعالج المسئولية عن إعادة البناء المعرفي من خلال الحوار السقراطي. ففي حين يتم بناء التدريس القائم على إعادة البناء المعرفي ، فإن هناك تركيز على التطويع المرن للمدخل ليناسب الحاجات الخاصة للفرد العميل ومشكلاته (التبسيط للعميل الذي لديه صعوبات معرفية لمخاطبة المشكلات المالية ومشكلات السكن ، وإعداد طرق لمجابهة أعراض الذهان). لقد تم تصميم هذا البرنامج ليستخدم مع العملاء الذين شخصوا في البداية على أن لديهم مشكلات حادة في الصحة العقلية (اضطرابات ذهانية ، ومزاجية ، وشخصية) ، وتنطبق عليهم المعايير التشخيصية لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة ، على الرغم من أن هذا البرنامج قد تم استخدام لدى العديد من الأفراد المتطوعين مثل الأفراد ذوي اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة في علاج تناول المواد المخدرة (Mc Govern et al., 2001). كما يستخدم كمعين للرعاية التي يتلقاها الفرد ، عادة من خدمات الصحة العقلية الثانوية متعددة النظم. هناك تأكيد على العمل التشاركي مع الفريق القائم على رعاية العميل ، أو الآخرين في شبكة العمل الاجتماعي الخاصة به ، أثناء العلاج من أجل دعم التقدم ، وتعزيز الأمان ، وضمان تعميم المهارات على الجلسات خارج العلاج النفسي.

بنية الجلسة Session Structure

يتكون البرنامج من 12 إلى 16 جلسة للعلاج السلوكي المعرفي الفردي ، يبدأ بمقابلات أسبوعية ، ويتناقص إلى نصف شهري كلما تقدم العمل. تسير بنية الجلسة الفردية وفقا للشكل المعياري للعلاج السلوكي المعرفي، حيث تبدأ الجلسات بوضع أجندة بشكل تشاركي ومراجعة الجلسة السابقة ، والمهمة الموكولة للمريض ليقوم بها في البيت ، وتغطية محتوى الجلسة ، ووضع التخطيط للمهام التي تحدث بين الجلسات ، ثم التأمل في الجلسة بما في ذلك ما تم تعلمه ، والإجابة عن التساؤلات. يتم توضيح العلاقة بين ممارسة المهارات خارج الجلسة والنتيجة خلال العمل ، حيث يستخدم المعالج النمذجة ، والتسميع ، حل المشكلات ، الجداول المتدرجة ، التعزيز وشبكة الدعم الاجتماعي للعميل لتعزيز الالتزام بأداء الواجب المنزلي، كما يتم استخدام المطبوعات وأوراق العمل لدعم تعلم العميل خارج الجلسات.

المراقبة Monitoring

لتقييم تقديم العمل وتقدمه أثناء العمل ، يوصى بمراقبة الأعراض في فترات فاصلة منتظمة (في جلسات : 1 ، 4 ، 7 ، 10 ، 13 ، 16). هناك قبول عام لمقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة الذي يطبقه المعالج (Blake et al., 1995) ليكون هو طريقة القياس " المعيارية " لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة ؛ وقد تبين أنه يحظى بدرجة عالية من الصدق والثبات لدى الأفراد ذوي حاجات الصحة العقلية المعقدة (Gearon et al., 2004). ومع ذلك ، فإن هذا المقياس طويل ؛ وتجدر الإشارة إلى أن أي مقياس تقرير ذاتي لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة يمكن أن يفي بغرض تقييم التقدم ، خصوصا أثناء العلاج ، مثل قائمة فحص اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (Weather et al., 1999) ومع الوضع في الاعتبار الأعراض المرضية المصاحبة لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة والاكتئاب ، فإن أعراض

الاكتئاب يتم تقييمها باستخدام قائمة بيك للاكتئاب (Beck et al., 1996). كما وجدنا أيضا أن من المفيد استخدام قائمة معارف ما بعد الصدمة (Foa et al., 1999) ، وهي مقياس للتقييمات المختلفة وظيفيا عن الذات ، والعالم والآخرين بعد الصدمة ، وتقدم وسيلة لتحديد ومراقبة المعارف الرئيسية بعد الصدمة والتي يمكن التركيز عليها في إعادة البناء المعرفي ، والتي من المفترض أيضا أن تسهم في توترات العميل والأعراض التي تظهر لديه. كما أن الجلسات تدمج التغذية الراجعة ومناقشة نتائج المراقبة ، من أجل توضيح مجالات التقدم وأهداف العمل التالي.

محتوى البروتوكول Protocol control

يتكون بروتوكول العلاج النفسي من 8 موديولات بناء على الأفكار والمهارات المعرفية السلوكية ، يتم تطويعها لتستهدف الصعوبات المتعلقة بالصدمة لدى الأفراد ذوي الحاجات المعقدة :

1- **استعراض البرنامج العلاجي (جلسة 1)**. المهارات الرئيسية التي يتم تعلمها أثناء البرنامج العلاجي (إعادة التدريب على التنفس ، العرض النفسي – التربوي ، وإعادة البناء المعرفي) – سوف يتم الحديث عنها ومناقشتها ، بما في ذلك كيف وجد الأفراد الذين لديهم نفس الصعوبات أن هذه الأساليب مفيدة. كما يتم الحديث أيضا عن أهمية الواجب المنزلي ، مع اتجاه العميل نحو الممارسة بين الجلسة.

2- **التخطيط للأزمة (جلسة 1)**. وتنطوي على تحقيق الأمان من خلال الإعداد المشترك لخطة إدارة الأزمة مع العميل لمساعدته على إدارة أي صعوبات قد تنشأ ويكون لها تأثيرا سلبيا على قدرة العميل على استكمال البرنامج العلاجي (بما في ذلك الإشارات ، المحفزات ، استراتيجيات الإدارة ، والدعم الاجتماعي).

3- إعادة التدريب على التنفس (الجلسة 1) . يتم تعليم أسلوب الاسترخاء مبكرا في البرنامج العلاجي لمساعدة العميل على البدء فورا في إدارة القلق ، وغرس الأمل في أن العلاج سوف يدعمه في مجابهة المشكلات.

4- العرض النفسي – التربوي (الجلسة 2). يتم مناقشة المعلومات عن أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة ، مع التركيز على إظهار خبرة العميل عن هذه الأعراض ، لإظهار وتوضيح أن ردود أفعاله طبيعية ، ويمكن فهمها ، وبالتالي فهي قابلة للتغيير. كما أن الموديول النفسي – التربوي يسمح بالإتقان المشترك على الأعراض الرئيسية المرتبطة بالصدمة ، التي يمكن استهدافها أثناء العلاج.

5 العرض النفسي- التربوي 2 (الجلسة 3). ينطوي الموديول الثاني للعرض النفسي – التربوي على الحديث من خلال خبرة العميل عن المشكلات المرتبطة باضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (مشاعر التوتر مثل القلق ، الحزن / الشعور بالذنب / الخجل ، والغضب ، والمشكلات في العلاقة وتناول المواد المخدرة) ، مع التركيز مرة أخرى على التعاطف مع خبرة العميل والتحديد المشترك للأهداف العلاجية ، ويختتم الموديول بمناقشة ما يأمل فيه العميل من العلاج ، بما في ذلك تحديد والتعرف على التغيرات الوظيفية التي يرغب في أن يحدث في حياته نتيجة للمشاركة في البرنامج.

6- إعادة البناء المعرفي 1 (الجلسة 4 إلى 6) .يتم تقديم النموذج السلوكي - المعرفي للعميل من خلال مناقشة تأثير التفسيرات الموضوعية للأحداث على المشاعر والسلوك ، وتأثير الخبرات الصادمة على أفكارنا ومعتقداتنا. يتعلم العميل عن ، ويتم تشجيعه على التأمل في خبرة " الأساليب الطبيعية للتفكير " ، أو التحيزات المعرفية ، التي يمكن أن تنعكس بشكل مفهوم ، ولا إرادي في الأفكار ، خصوصا لدى الأفراد الذين لديهم مشكلات ترتبط بالصدمة.

7- إعادة البناء المعرفي 2 (جلسة 5 إلى 14) .يتم تقديم اسلوب من 5 خطوات كإطار علمي للمساعدة في إدارة الأفكار المرتبطة بمشاعر الضغوط والتوتر. نعرض لهذا الأسلوب بشكل موجز فيما يأتي :

1) حدد الموقف : ما الذي حدث ، وجعلني أشعر بالحزن ؟

2) حدد المشاعر : ما هو الشعور الأقوى المرتبط بهذا الموقف ؟

3) حدد الأفكار : ما هي الأفكار التي ادت بي إلى الشعور بهذه الطريقة ؟

4) قيّم الأدلة : ما هو الدليل الذي يتوافق مع أو يخالف هذه الفكرة؟

5) القيام بفعل ما : هل الدليل يدعم أفكاري ام لا ؟ وإذا لم يكن يدعم أفكاري ، فما هي الأفكار البديلة ؟ ، وإذا كان يدعم أفكاري ، فماذا عساي أن افعل ، والذي من شأنه ان أجابه وأتحكم في الموقف / الأفكار ؟ أقوم بتنمية خطة عمل (حل المشكلات).

يتم تعليم الأسلوب للعميل بطريقة متدرجة ، حيث يهيئ العميل ليصبح أكثر استقلالا في استخدام المهارة ، مستخدما أسلوب المشاركة السقراطي والتعاوني. يتم تشجيع العملاء على ملاحظة المواقف - داخل وخارج الجلسات — التي يشعرون فيها بالحزن ، واستخدام الأسلوب ذي الخطوات الخمس للتعامل مع ومخاطبة هذا الموقف. في البداية ، يركز المعالج على الأمثلة اليومية للأفكار التي تسبب الحزن لدعم العميل في محاولته ليكون على ألفة بعملية الوعي بالأفكار ، وتحديد التحيزات المعرفية ، وتقييم الأدلة ذات الصلة ويقوم المعالج أيضا بالبحث عن ، وتعزيز أي تغيير في الضغوط الناتجة عن الأسلوب ذي الخطوات الخمس. وكلما تقدم العميل ، يتم تطبيق مهارة الخطوات الخمس على الأفكار والمعتقدات المرتبطة بالصدمة ، وذلك من أجل الاستهداف المباشر لأعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (مثل أفكار لوم النفس ، عدم الثقة والشعور بعدم القيمة ، مشكلات النوم ، المرور مرة أخرى بخبرة الأعراض ، التجنب ، الغضب ، المشكلات في العلاقة ، وتناول المواد المخدرة). يتم استخدام الجلسات لتطبيق الخطوات الخمس على التوترات والأعراض المستمرة ، وحل المشكلات التي قد

يمر بها العميل باستخدام الخطوات الخمس خارج الجلسات والمعارف المستهدفة التي يتم تحديدها أثناء المراقبة.

8- **التعميم والانتهاء (الجلسات 12 إلى 16).** ينطوي الموديول على دعم العميل في التخطيط لكيفية الاستمرار في استخدام المهارات التي تعلمها بعدما تنتهي الجلسات ، ويشتمل ذلك - إن أمكن — على أن يقوم العميل بالتسميع ، ثم تدريس مهارات إعادة البناء المعرفي لنسق الرعاية (أو الآخرين الذين يقدمون الدعم والمساندة للعميل) في الجلسة قبل الأخيرة ، ويتم تشجيع العميل على مراجعة ما تحقق من تقدم ، وتحديد الاستراتيجيات المفيدة ، وتوضيح ما هو مستهدف من العميل نحو الأهداف الشخصية ، وحل المشكلات والموافقة على الخطط من أجل مخاطبة والتعامل مع أي مشكلات متوقعة.

العرض Presentation

هيلين Helen سيدة تبلغ من العمر 54 عاما ، لها تاريخ طويل مع الإساءة ، حيث ذكرت أن جدها لأبيها تحرش بها جنسيا عندما كانت في العاشرة من عمره. هذا الحدث وقع في سياق الإساءة الانفعالية والجسمية المستمرة ، والإهمال من قبل الأم والإخوة أثناء طفولتها. هربت هيلين من البيت مرتين في طفولتها ، للابتعاد عن الإساءة ، وقضت بعض الوقت في الرعاية إلا أنه تم إساءة معاملتها أيضا. كما قام أحد معارف أختها باغتصابها عندما كانت في الثامنة عشرة من عمرها ، ومرت بعد ذلك بالعديد من الإساءات الانفعالية ، والجنسية ، والجسمية ، خصوصا مع شركائها.

فيما يتعلق بمؤشر التحرش الجنسي ، فإن هيلين قد لاقت المعايير التشخيصية لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة على مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة الذي يطبقه المعالج (Blacke et al, 1995) ، حيث أظهرت 4 أعراض من 5 أعراض لإعادة الخبرة ، و5 من 7 أعراض التحذير الانفعالي / التجنب ، و 4 من 5 أعراض

للإثارة الزائدة ، وبالتالي حصلت إجمالا على درجة 74 ، مما يعكس وجود اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لديه بشكل حاد (weathers et al., 1999). كما وافقت بشدة على عدد من المعارف المؤذية عن نفسها ، وعن العالم ؛ ولم النفس على قائمة معارف ما بعد الصدمة ، والحصول على درجة 176 من 231 درجة. تتكون أعراض إعادة الخبرة لدى هيلين من الذكريات ، الأحلام ، مشاهدة تصويرية ، أفكار ، مشاعر ، روائح ، وأحاسيس ترتبط بالإساءة السابقة مثل رؤيتها لأحلام شعرت فيها أنها كانت في مؤخرة بيت الرعاية أو المرور بخبرة أحاسيس وروائح ترتبط بالإساءة ، لذا ، كانت هيلين تعاني من مستويات مرتفعة من التوتر ، والإثارة الزائدة ، والقلق ، بحيث لم تكن قادرة على التوتر ، والإثارة الزائدة ، والقلق ؛ بحيث لم تكن قادرة على الشعور بالراحة والاسترخاء. لقد كانت هيلين تتجنب عن قصد الأماكن والناس الذين يذكرونها بالخبرات المؤلمة مثل أسرتها والمراكز المختلفة في مدينتها ، وكانت تشعر بأنها مخدرة انفعاليا ، وكانت تجد صعوبة في الحصول على أي متعة من الأشياء أو الاهتمام بها.

كما تم تشخيص هيلين على أن لديها اضطراب الشيزوفرنيا الوجداني فقد كانت تصف أنها مرت بأفكار الإحالة ، ومعتقدات الاضطهاد حيث كانت ترى الناس على أنهم يستأسدون عليها ويعتدون عليها ويتآمرون ضدها (لقد كانت تقول كلمة " متحرشون " عندما تمر بجوارهم ، وتدخل إلى بيتها ، وتعبث بمحتويات البيت ، وتعتقد أن الآخرين بما فيهم الجيران والمسئولين – يتآمرون ضدها. هذه الأعراض أثرّت على أداء هيلين ، وعززت مزاجها الضعيف ، ومن ثم حصلت على 32 درجة على قائمة بيك للاكتئاب ، وهذا يشير إلى أن درجة الاكتئاب لديها حادة.

تجارب المرء وثقافته وبيئته السابقة Background

ولدت هيلين وتربت في انجلترا مع أمها النيجيرية الأصل ، ومع أخواتها الثلاثة الصغار. لقد انتهت علاقة أم هيلين مع أبيها البريطاني الأبيض قبل ولادة هيلين ، ولم

يكـن هنـاك أي تواصـل بـين هـيلين وأبيهـا. وصـفت هـيلين طفولتهـا بأنهـا كانـت مليئـة بالإساءة والإهمال، فلم تكن على تواصل مع أمها وأخواتها ، التي لم تتصل بها إلا إذا كانت لديها الرغبة في إنكار والاعتراض على طريقة التعامل معها ، وتربيتها. ذكـرت هيلين أنها كانت تحاول التغلب على تأثير طفولتها على حياتها ، حيث كانت تعمل في مطعـم لتربـي طفليهـا. كمـا ذكـرت أن علاقتهـا مـع زوجهـا الأول ، الـذي هـو والـد طفليهـا انتهـت عنـدما اكتشـفت خيانتـه الزوجيـة لهـا. أمـا علاقتهـا مـع الـزوج الثـاني فكانـت فاسـدة ، وانفصـلا منـذ 15 عامـا ، علـى الـرغم مـن بقائهمـا علـى تواصـل مـن آن لآخـر. تصـف هـيلين المعانـاة خـلال فـترات حياتهـا المختلفـة لمجابهـة الصـعوبات المرتبطـة بالصـدمة ، فقـد كانـت تعـاني مـن القلـق والاكتئـاب بشـكل دائـم ، حيـث قالـت أنـه قـد انتابهـا الشـعور بـالقلق وعـدم الأمـان منـذ 10 سـنوات ، عنـدما أصـبحت وحيـدة تمامـا ومعزولـة بعـدما فقـدت وظيفتهـا ، وتركهـا طفلـها الأصـغر ، وبـدأت في مشـاكل مـع جيرانها. ثم بعد ذلك أحيلت هيلين إلى الخدمات الثانوية للصحة العقلية ، بعد أزمة ما ، حيث قامت بأخذ جرعة زائدة من العلاج المضاد للاكتئاب.

البرنامج العلاجي Treatment Programme

موديول 1 – استعراض (جلسة 1)

بـدأت أنـا وهـيلين مناقشـة اسـتعراض البرنـامج العلاجـي ، موضـحين المهـارات الرئيسية التي يفترض أن تتعلمها خلال العلاج (إعادة التدريب على التنفس ، النفسي – التربوي ، وإعادة البنـاء المعـرفي) ، والتأكيـد علـى أهميـة الممارسـة بـين الجلسـات ، وكجزء مـن الاسـتعراض ، تأملنا في اتجاه هيلين نحو العلاج والدافعيـة. فمـن ناحيـة ، كانت هيلين إيجابية ولديها الدافع للقيام بالعمل ، حيث قالت " لابد أن سوء معاملة الناس تجرني إلى أسفل ، لقد بذلت جهدا كبيرا قبل ذلك لتخطي الأوقات الصعبة ، وقمت بتربية أولادي ، وحصلت على وظيفة ، أريد المساعدة لتعود إلى حياتي بالطريقة التي كانت عليها ". فقـد كانـت لهـيلين سـابق خـبرة مـع العـلاج السـلوكي المعـرفي

الجمعي من أجل السيطرة على الانفعالات ، ووجدت أن هذا العلاج مفيد ، إلا أنها وجدت صعوبة في الاستمرار في العلاج في حياتها اليومية ، وقالت أنها متحمسة للبناء على هذه المهارات. وعلى الجانب الآخر ، وصفت هيلين أنها غارقة في مشاعر الغضب ، والحزن والخجل والخوف ، تلك المشاعر التي جعلتها تشك في أنه قد يأتي عليها يوم وتتغير هذه الحالة. فقد قالت لي إن الإساءة التي مرت بها جعلتها تفكر أن " الآخرين سوف يسيئون معاملتها ويصفون سلبيتهم فها ". ولتعزيز هذه النقطة تحدثت هيلين عن المشكلات التي مرت بها مع الناس على حالتها ، وكيف أنها أصبحت حزينة ، وتتحدث عن كيفية أن الناس يتآمرون عليها وينهمكون في القيل والقال من وراء ظهرها ، ويحاولون تدمير حياتها. فقد وقعت فريسة بين الشعور بالغضب من أنهم يستأسدون عليها وأحيانا يحاولون جرها إلى شجار ، وفي الوقت نفسه تشعر بأنها خائفة من مواجهتهم ، أو القيام بأي تغييرات في حياتها. كما ذكرت هيلين أيضا أنها تلوم نفسها . على المواقف ، وتطلق قائلة " إن حياتي لا قيمة لها ، وهذا خطأي أنا " ، وهذا يزيد من الشعور بالعجز وقلة الحيلة بشأن التغيير.

موديول 2 – خطة الأزمة (جلسة 1)

عندما أتمت هيلين خطة الأزمة ، أصبحت قادرة على تحديد الإشارات أو العلامات (القلق / الهلع الزائد ، والحزن ، تراقب الخطر ، الذكريات الاقتحامية للإساءة ، الأحلام المزعجة تصور الانتحار ، والانسحاب) ، والمثيرات (كونها معرضة لما يذكرها بالإساءة ، المشكلات في العلاقات ، والضغوط الاجتماعية مثل السكن ، والصعوبات المادية والتوظيف) ، واستراتيجيات المجابهة (التواصل مع الأسرة ، الاستماع إلى الراديو) لإدارة الفترات الصعبة. لقد كانت هيلين متحمسة لتوضيح أنها لا تثق في الخدمات القانونية منذ ذلك اليوم الذي دخلت فيه إلى الرعاية أثناء الصراع الأسري ، وهذا يعني أنها لا ترى فائدة من هذه الخدمات في دعمها أو مساعدتها أثناء الأزمة ، على الرغم من الاتفاق على أنها قد تكون مفيدة في تسجيل أرقام التواصل (منسق الرعاية وفريق الأزمة) بالإضافة إلى أرقام الأسرة.

قدمنا نحن الجزء الأخير من الجلسة الأولى من خلال مناقشة خبرة القلق الحالية التي تمر بها هيلين (فقد كانت تشعر بالتوتر من الألم الذي تجده في صدرها) وكيف أن ذلك قد أثر على حياتها (حيث تجنبت الخروج من المنطقة المحلية التي تقطن فيها ، وهذا قلل من فرصة التعامل مع الآخرين وبالتالي الحصول على وظيفة أو عمل). لقد أعلنت هيلين أنها وجدت تدريبات الاسترخاء باستخدام التسجيل السمعي مفيدة في الماضي ، على الرغم من أنها قالت أيضا أنها لم تكن مفيدة بالدرجة الكافية عندما كانت تمر بخبرة الهلع في حياتها اليومية. تم تقديم إعادة التدريب على التنفس كأسلوب صريح ومباشر ، والذي يستخدم – عند ممارسته – لتنظيم التنفس كطريقة للحدث من الإثارة أو التوتر في أي موقف. فقد ذكرت هيلين أنها عندما تكون خائفة ، تزداد سرعة التنفس لديها ، وتحدثنا عن كيف أن ذلك يزيد من سحب الأكسجين ، ويزيد من القلق. قمت بعمل نموذج أمامها ، ومارسنا التنفس ببطء كوسيلة لمساعدة أجسامنا على الاسترخاء ، مع أخذ نفس قصير من الأنف ، وإخراج الهواء من الفم ، مع التلفظ بكلمة استرخاء في العقل ، ثم نتوقف قبل إعادة ذلك. أعلنت هيلين عن شعور الوعي بالذات ، ووجدت أنه من الصعوبة الاسترخاء أمام شخص آخر ، على الرغم من الاتفاق على عمل ذلك يوميا قبل النوم ، مع استخدام مطبوعات كشيء يذكرها بهذه التدريبات. كما أوضحت أننا سوف نراجع خبرة الممارسة هذه التي قامت بها هيلين في الأسبوع التالي ، ونعمل معا لمخاطبة أي صعوبات تنشأ عن التدريب.

أنهت هيلين الجلسة بأن ذكرت أن لها بعض التحفظات التي تتعلق بجدوى هذا العمل ، إلا أنها ترغب في الاستمرار فيه ، وأن لديها ثقة من تعلمها المهارات ، وتجريبها في حياتها اليومية. وعندما تحدثت هيلين عن قلة المساعدة التي تحظى بها من الآخرين ، وعدم ثقتها في الخدمات الصحية والاجتماعية كعائق للانخراط في التدريبات داخل الجلسات ، اتفقنا أنه من المفيد إقامة علاقة مع المنسق ، خصوصا للحصول على صورة

واضحة عن الظروف التي تحيط بالضغوط الاجتماعية التي تمر بها ، والتفكير في الكيفية التي يدعم بها البرنامج العلاجي خطة الرعاية الخاصة بها.

الموديول 4- النفس- تربوي (جلسة 2)

في بداية الجلسة الثانية ، أعلنت هيلين عن أنها قد وجدت إعادة التدريب على التنفس مفيدا ، حيث معه ، كان من السهل عليه النوم ، وأن تهدئ من نفسها عندما تستيقظ ليلا بسبب حلم مزعج عن الإساءة ، فقد استرجعت أنها اعتقدت بعدم جدوى المهارات في إدارة كل مشكلاتها ولكنها قالت حينها أنها سوف تستمر في أداء هذه المهارات ؛ وبدأت تطبيقها بالفعل على القلق الذي كانت تمر به أثناء اليوم. اتفقنا على أن نقضي الجلسة في التركيز على التعلم عن خبرة هيلين بأعراض التوتر المرتبط بما بعد الصدمة ، حتى نتمكن من فهم الصعوبات ، وتحديد الأهداف والمعوقات للتركيز عليها أثناء البرنامج. فقد قمنا -- مستخدمين بعض الأوراق الراحة للأعراض الرئيسية لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة -- باستكشاف وتوثيق صعوبات ما بعد الصدمة لدى هيلين على أوراق العمل ، وقامت هي بتوضيح الأحلام المزعجة عن الإساءة (مزيج من العديد من الأفكار ، والصور ، والمشاعر التي تستمر عندما أستيقظ ، ولذا يظهر عليَّ الهلع) ، انقطاع التنفس والعزلة الاجتماعية على أنها المشكلات المزعجة والتي تتكرر كثيرا. عندما تحدثنا عن خبرتها ، أصبحت هيلين شديدة التوتر ، وتحولت ما بين مشاعر الخجل ، والحزن ، والخوف ، ولوم النفس على ما حدث ، والنظر إلى ذاتها على أنها سوف يلحق بها الأذى -- إلى مشاعر الغضب حيث فقدت الثقة في الآخرين ، وأصبحت منبوذة من الآخرين. فقد أعطيت لها التعليمات أن تبدأ بإيجاز في مهارة إعادة التدريب على التنفس ليساعدها ذلك على إدارة مشاعر القلق عندما تصبح متوترة. ومع نهاية الجلسة ، قالت هيلين أنه كان من الصعب عليها الحديث عن ومناقشة خبراتها ، على الرغم من أنها وجدت أنه من الطمأنينة معرفة أن لمشكلاتها معنى وأن بإمكانها إدارة هذه المشكلات والتحكم فيها. كما تفقنا على أنه من المفيد تحديد أكثر

أعراض اضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة إحداثا للتوتر بحيث يمكننا التركيز عليها ومخاطبتها في بقية العمل.

موديول 5 - النفسي- التربوي 2 (جلسة 3)

عند مراجعة مهمة الواجب المنزلي ، أعلنت هيلين أنها كانت تستخدم إعادة التدريب على التنفس بشكل منتظم ، ووجدت أنه بدلا من الانغماس في مشاعر التوتر ، كان عليها أن " تتوقف ، وتتنفس " ، وذكرت أن هذا قد قلل من التوتر ، وسمح لها بالتفكير " بشكل واضح " في ما تفعل لتجابه المواقف الصعبة ، ووافقت على الاستمرار في استخدام هذا الأسلوب ثم انتقلنا بعد ذلك إلى الموديول الثاني في النفسي – التربوي ، معتبرين خبرة الانفعالات التي تحدث التوتر لدى هيلين والمشكلات في العلاقات (فلم تعن عن أي تناول المواد مخدرة ، لذا حذفنا هذا المظهر من البروتوكول. لقد وافقت هيلين بشدة على أنها تأثرت بالخوف والغضب ، والخجل ، " سوف يؤذيني الآخرون " ، " الناس يستغلونني " ، " أنا فاشلة " ، " لا أمل في التعامل مع الجيران ". فقد تحدثت طويلا عن تأثير مشكلاتها على علاقاتها ، وكيف أنها لا تثق في الآخرين ، وأنهم دائما يخذلونها ، وأنها غاضبة دائما ، ومشغولة بأحداث الماضي. اختتمنا هذا الموديول باستكشاف آمال وأهداف هيلين من البرنامج العلاجي. فقد كانت قادرة على تحديد عددا من الأهداف عبر مدى من المجالات (مثلا : العودة مرة أخرى للدراسة والعمل ، الذهاب إلى صالة الألعاب الرياضية ، نهتم بمظهرها ، تقضي وقت خارج المنطقة التي تعيش فيها ، وتزين البيت). وفي نهاية الجلسة ، وافقت هيلين على مراجعة العمل الذي قمنا به إلى الآن عن الوعي وإضفاء المعنى على الصعوبات المرتبطة بالصدمة ، والإعداد للجلسة التالية والتي سوف نبدأ فيها بتعلم أسلوب يساعدها على مجابهة مشاعر التوتر.

حققت أنا وهيلين في البداية تقدما جيدا في أول موديول لإعادة البناء المعرفي ، ففي الوقت الذي كانت تشعر فيه في الجلسة الأولى بمشاعر الحزن والغضب من أحداث الأسبوع السابق (الخلافات مع الأصدقاء والشجار مع الجيران ، أعلنت أن إعادة التدريب على التنفس مازال مفيدا ، وقد بدأت في محاولة عمل بعض الخطط للمستقبل (تخصيص بعض النقود لشراء الطلاء ، والبحث عن خدمات التوظيف المحلية). عندما عرضنا على هيلين المدخل السلوكي – المعرفي ، استطاعت أن تفهم العلاقة بين الخبرات الماضية ، والأفكار والمشاعر ، وكانت قادرة إلى حد ما على التفكير في الكيفية التي أثرت بها الصدمة التي مرت بها على أفكارها ، على الرغم من أنها قد وجدت من الصعوبة التركيز على أفكار معينة بدلا من الميل إلى الإعلان عن المجرى الكلي للتفكير. ومع ذلك ، فقد ارتبطت بفكرة " أساليب التفكير الشائعة " ، خصوصا أنها أدركت أنها عرضة وسريعة التأثر بالتفكير " المدمر " ، عندما تنتابها نوبات هلع بشأن ترك المنزل. اقترحت هيلين تلقائيا المهام التي بين الجلسات لتبني عليها بتعلمها من الجلسة ، وتبدأ مراقبة أفكارها التي تحدث لها التوتر ، وأي أساليب تفكير ذات صلة. تصفحنا أوراق العمل لتساعدها في هذا ، وخططنا للوقت الذي تقوم فيه بالمهمة.

إلا أن هيلين تغيب عن العديد من الجلسات ، وعندما التقينا في الجلسة الخامسة ، بدا عليها الاكتئاب والغضب. أعلنت هيلين عن أنها وجدت هيلين إعادة التدريب على التنفس " مفيدا ... ولكن فائدته محدودة ". ذكرت هيلين أنها لم تنفذ مهمة ما بين الجلسات والتي تتعلق بمراقبة أفكارها وأساليب التفكير التي تحدث لها التوتر ، حيث أنها كانت تقضي عطلة نهاية الأسبوع مع أسرتها ، وشعرت بالوحدة عندما انتهت هذه العطلة. أوضحت هيلين أن هذا الحدث جعلها تدرك أن البرنامج العلاجي (لن يساعدني مع حقيقتي ، فهو ليس عن أفكاري ، أنا وحيدة ، ولا أحد يساعدني ". قدمت هيلين فكرة أن المهارة الرئيسية التي نبنيها نحو التعلم قد سمحت لنا بالتعامل مع المشكلات الاجتماعية (من خلال استخدام خطط العمل) التي كانت تسهم في مشاعر

التوتر ، والعمل خلال الأفكار غير المساعدة والتي تحدث التوتر. قمنا بمراجعة المواد التي غطيناها أثناء الجلسة الماضية ، وأظهرت هيلين أنها تحتفظ بفهمها للمدخل السلوكي - المعرفي. ومع ذلك ، عندما تم تشجيعها على تحديد أساليب التفكير ذات الصلة بأي من الأفكار الحالية التي تحدث التوتر ، شعرت هيلين بإحباط شديد من المدخل وسحبت موافقتها على الاستمرار في المهمة. إننا قضينا بقية الجلسة نثبت توترها ، ونقوم بعمل خطط لمساعدتها على المجابهة أثناء الأسبوع القادم ، بحيث نبني على خطة الأزمة ، وندعم تقدمها في إعادة التدريب على التنفس.

في الجلسة السادسة ، بعد إقامة علاقة مع المنسق للبدء في عمل خطط للنشاط اليومي ، بدت هيلين أقل توترا ،وأعلنت أنها الآن تستخدم إعادة التدريب على التنفس من أجل السيطرة بفعالية على نوبات الهلع ، والنوم ، كما أعلنت أنها وجدت الجلسة السابقة " فرصة مفيدة " للتعبير عن مشكلاتها " الواضحة " ورأت أن البرنامج من الممكن أن يكون مفيدا في إدارة صعوبات الصحة العقلية لديها ، طالما أن سوف تحظى بالمساعدة في حاجاتها الاجتماعية ، اختتمنا الموديول بالاتفاق على أننا قد نمينا فهما مشتركا عن الصعوبات التي تمر بها ، واعترافنا بالنواتج النفسية والاجتماعية لخبراتها المؤلمة ، أعلنت هيلين أنها مستعدة للبدء في الموديول التالي ، والبدء فيتعلم الأسلوب ذي الخطوات الخمس لإدارة مشاعرها التي تحدث لها التوتر.

موديول 7 – إعادة البناء المعرفي 2 (الجلسات 7 – 12)

إن تعليم هيلين استخدام الأسلوب ذي الخطوات الخمس قد انطوى على عملية تدريجية من النمذجة ، والتسميع ، ثم مساعدتها على ممارسة المهارة بشكل مستقل. وكما أوضحنا في الموديول السادس ، كانت هيلين قادرة على تحديد المواقف التي تحدث لها التوتر ، وكذلك المشاعر المرتبطة بها ، وكذلك الأفكار ذات الصلة ، نحن عملنا خلال أمثلة مباشرة من أجل البدء (" سوف أهاجم وأنا في طريق إلى محطة الأتوبيس " ، و " أنا لن أستطيع النوم " ، واستطاعت توليد أفكار بديلة أقل إحداثا للتوتر باستخدام الخطوات الخمس (" ربما أشعر بالفزع ، ولكن ليس هناك تهديدا

حقيقيا " ، و" يمكنني استخدام الوقت للاستراحة والاسترخاء ، وفي النهاية أخلد إلى النوم كالعادة "). ومع ذلك ، أحيانا تشعر بأنها مرتبكة ، حيث تجد من الصعوبة أن تبطئ من تفكيرها وتركز على تحديد الشعور الأقوى ، والأفكار ذات الصلة ، وتقييم الأدلة المرتبطة بالموضوع. وجدت هيلين صعوبة في البداية في تنفيذ الخطوة الرابعة (تقييم الأدلة) في البيت ، ولذا كانت تسير بشق الأنفس في مهام الواجب المنزلي ؛ وعندما تطرقنا إلى ذلك ، ردت قائلة " أنا غبية جدا .. لست عقلانية لكي ما أستطيع أن أفكر في الأشياء بنفسي ؛ بل أريد أن يساعدني فيها أحد ". تعاملنا مع هذا المأزق باستخدام الخطوات الخمس (وهذا أدى إلى التفكير البديل : " الآن وجدت الخطوات الخمسة مفيدة ، ويحتاج أي شخص إلى وقت ليتعلم أداء أي شيء جديد ") ، وهذا ساعد هيلين على الشعور بالثقة في استخدام إعادة البناء المعرفي بشكل مستقل ؛ وتحسين التزامها بالواجب المنزلي ، الموضوع الرئيسي في الجلسات من 8 إلى 12 تمثل في التركيز المستمر على مظاهر الخطوات الخمس التي وجدتها هيلين صعبة لكي يتم بناء كفاءتها في استخدام الأسلوب (مثلا : إعداد ورقة للتلقين لتساعدها على تعليم القيام بالخطوة رقم (4) بشكل مستقل ، بما في ذلك الأسئلة مثل : هل أنا أبالغ في تقدير احتمالية حدوث شيء سيء ؟ هل أحط من قدر قدرتي على المجابهة ؟ ماذا أقول لو أن أحد أطفالي كان لديه هذا التفكير ؟ ماذا يقول المعلم الذي أثق فيه عن هذا التفكير ؟ هل أضع في اعتباري كل العوامل التي قد تسهم في الموقف ؟. بدأت هيلين تشخص وتتكيف مع مدخل إعادة البناء المعرفي ، مثل استخدام عبارة " أوقف القطار الذي يتدحرج من أعلى التل " لتتذكر نفسها بالبدء في استخدام أسلوب الخطوات الخمس ، وقضاء وقت أطول في " التعامل مع وتجزئة الأفكار لمجابهة المشاعر الصعبة " خارج الجلسات. لقد وجدت هيلين -- عموما -- أنها استخدمت الأسلوب بشكل متكرر إذا ما فعلت ذلك عقليا في الصباح وفي الظهيرة ، وفي المساء تتصفح أفكارها الحزينة من هذا اليوم تفصيليا وتسجل العملية على أوراق الخطوات الخمس ، وتشير إلى الأمثلة السابقة عن الخطوات الخمس التي تم استكمالها لتذكرها بكيفية استخدام ذلك المدخل.

لقد كانت أفكار ومعتقدات هيلين المتعلقة بالصدمة واضحة خلال العمل ، خصوصا تلك الأفكار والمعتقدات عن كونها " عديمة القيمة ، وأنها بلا أمل ، وفاشلة " وأن الآخرين " يستغلونها ". وكما ذكرنا من قبل ، تصبح هيلين شديدة الاهتياج ، وشاردة الذهن عن الحديث عن هذه الأفكار ، وتنشغل بتحليل معاني ومضامين الأحداث الحالية والماضية. أثناء هذه الفترات ؟ وجدت هيلين أن من الصعوبة اعتبار مناظير بديلة. وعندما كانت تطبق الخطوات الخمس على الأفكار التي تعكس المعتقدات المرتبطة بالصدمة ، كان لديها في البداية ميل نحو تحديد الأدلة التي تدعم هذه الأفكار (مثلا " صديقتي تحاول أن تجعلني أبدو غبية " ، " هم يتآمرون ضدي " ، " لن يتغير شيء ") ، لذا كان لدينا رغبة في التركيز على إعداد خطة عمل لمساعدتها في التعامل مع هذه المشكلات (مثلا : تفرض نفسها على صديقتها ، تجابه القلق من الخروج إلى أبعد من المنطقة التي تعيش فيها ، والتخطيط لطرق العمل نحو الأهداف مثل أن تكون نشطة طول (اليوم). كنا نراجع تقدمها بشكل منتظم - على هذه الخطط ، وكانت تعلن عن أنها قادرة على التعامل مع الضغوط اليومية (مثل رؤية جيرانها بدون غضب ، وخلصت هيلين إلى استنتاجين : أولا : أنها " تريد جمع المزيد من الأدلة وألا تقفز إلى الاستنباط بشأن أحداث الحياة الضاغطة ، وألا " أتجمد ، وأدع الأمور تسير ، معي ومع الآخرين ، بحيث تصبح الحياة أكثر سهولة ".

وفي الجلسة العاشرة ، بدأنا التركيز مباشرة على مخاطبة معتقداتها التي تتعلق بالصدمة. ففي هذه المرحلة من العمل ، أعلنت هيلين عن ملاحظة موضوعات شائعة في الأفكار أثناء قيامها بالخطوات الخمس. قمنا بتأطير هذه المعتقدات المرتبطة بالصدمة (مثلا " أنا لم أضع ماضي ورائي ، " كان من المفترض أن أؤدي الأشياء بشكل مختلف ، وأن أوقف " الإساءة " ، و " سوف يعاملني الآخرون بسوء ، ويستغلونني ") ، وهذه كانت تغذي أفكارها الأليمة. لقد كانت هيلين قادرة على التقييم المستمر لأفكارها ، واستطاعت أن تنمي معارف أقل توترا ذات صلة بالصدمة (مثلا : لقد حاولت ونجحت في معظم الأحيان في أن أطرح الماضي وراء ظهري " ، " لقد بذلت قصارى جهدي لأساعد نفسي ، ولكن لم يقف بجواري أحد ، ولعبت دورا فيما حدث لي " ، و " ليس البشر سواء ،

فقد ساعدني بعض الناس ، وأن المستقبل سوف يكون مختلفا عن الماضي ") ، وهذا ما مارسته خارج الجلسات عندما كانت المواقف تستثير مشاعرها وأفكارها ذات الصلة بالصدمة. ومن أمثلة ورقة العمل للخطوات الخمس ، يعرض الشكل (3.1) هذا المثال الذي استكملته هيلين عن التفكير " كان ينبغي علي أن أتصرف بشكل مختلف وأوقف الإساءة ".

الخطوات الخمس لإعادة البناء المعرفي

الخطوة الأولى : الموقف

اكتب وصفا موجزا لموقف شعرت فيه بالحزن والكآبة :

استيقظت من حلم مفزع عن الإساءة الجنسية ، ولم أتمكن من العودة للنوم مرة أخرى.

الخطوة الثانية : الشعور

ضع دائرة حول ما شعرت به في هذا الموقف

الخوف/القلق الحزن /الاكتئاب (الشعور بالذنب / الخجل) (الغضب)

الخطوة الثالثة : الأفكار

حدد الأفكار التي جعلتك تشعر بالكآبة ، يمكن أن تحدد أكثر من فكرة ترتبط بالشعور ، اكتب كل الأفكار التي دارت بخلدك. لو كان لديك أكثر من فكرة ، ضع دائرة حول الفكرة التي تراها أكثر ارتباطا بالشعور بالكآبة.

- لن أطرح ما حدث وراء ظهري أبدا.
- هذا الحلم المفزع يبين أن هناك شيء ما خطأ يخصني.
- (كان ينبغي علي أن أتصرف بشكل مختلف وأوقف هذه الإساءة.)

الخطوة الرابعة : تقييم الأفكار

- هل الفكرة التي وضعت دائرة حولها تعكس أي من الأساليب المعتادة في التفكير ؟ لو الإجابة بنعم ، ضع دائرة حولها :

1- كوارثى 2- الكل او لا شئ 3- المبالغة فى التعميم

4- المبالغة فى تقدير المخاطر 5- الفلترة العقلية

6- التفكير الانفعالى 7- التوقعات غير الواقعية

8- اللوم المفرط للذات 9- التفكير السحرى

2- تقدير الأسئلة التالية : 1- ما هي الأدلة على وجود هذه الأفكار ؟ 2- هل هناك أي طرق أخرى للنظر إلى ما حدث ؟ 3- ما الذي يمكن لشخص آخر ان يفكر فيه عن هذا الموقف ؟ الآن ، اكتب كل الأدلة التي تدعم الأفكار التالية ، وكل الأدلة التي لا تدعم الأفكار الموجودة في هذه الصفحة :

(أ) الأدلة التي تدعم الأفكار :

1- حياتي كانت ستختلف إذا أوقفت هذه الإساءة.

2 من الخطأ أن تستمر الإساءة.

3- استطاع أطفال آخرون إخراج أنفسهم في الموقف المسيئة.

4- ربما قام من أساء إلي بالإساءة أيضا لأطفال آخرين.

(ب) الأدلة التي لا تدعم الأفكار

1- حاولت أن أخبر أمي لكنها لم تستمع إلي.

2- حاولت أن أتحدث مع المعلم ولكنني كنت مرعوبة.

3- مع الوضع في الاعتبار ما حدث لي أثناء حياتي الأولى ، إذا أنا لدي حق في ألا أتوقع أن يساعدني أحد.

4- لقد كنت طفلة ، لذا لم أتوقع أن يقوم طفل آخر بالمسئولية عن منع الإساءة.

5 - الناس الذين أساءوا إلي / تحرشوا بي هن المسئولون عما فعلوه.

الخطوة الخامسة. التصرف

انظر إلى كل الأدلة على الأفكار. هل الأشياء تؤيد الفكرة في معظمها أنها لا تؤيد الأفكار في معظمها.

[√] لا . الأدلة لا تدعم أفكاري.

لو أن الأدلة لا تدعم الأفكار ، توصل إلى أفكار جديدة وأكثر توازنا وأكثر واقعية ، وتدعمها الأدلة ، اكتب الأفكار الجديدة أدناه. تذكر أن تستبدل الأفكار المعوقة وغير المتوازنة بأفكار جديدة ، ومتوازنة وواقعية.

إذا جالت بخاطرك مرة أخرى في المستقبل.

لقد بذلت قصارى جهدي لمساعدة نفسي ، ولكن لم يساعدني أحد ، ولعبت دورا في ما حدث لي

هل الفكرة الجديدة تغير من الطريقة التي تشعر بها ؟ فضلا ضع علامة (√) في الخانة المناسبة مما يأتي.

[√] أقل إيلاما   [ ] أكثر إيلاما   [ ] نفس الإيلام

الفكرة الجديدة تجعلك أقل إيلاما ، تذكر أن تستبدل الأفكار المعوقة وغير المتوازنة بأفكار جديدة ، وأكثر توازنا وأكثر واقعية إذا جالت بخاطرك مرة أخرى في المستقبل.

[ ] نعم ، الأدلة تدعم أفكاري

أو أن الأدلة تدعم أفكارك ، قرر ما تحتاج إليه لكي تتعامل مع الموقف. هل يحتاج إلى مزيد من المعلومات عما تفعل ؟ هل تحتاج إلى مساعدة ؟ هل تحتاج إلى خطوات للتأكد من أنك آمن ؟ اكتب خطة العمل الخاصة بك للتعامل مع المواقف المؤلمة واستكمل خطة العمل (ورقة العمل رقم 12).

الشكل 3.1 . مثال على استخدام أسلوب إعادة البناء المعرفي ذي الخطوات الخمس للتعامل مع الاعتقاد المرتبط بالصدمة.

أثناء الموديول الأخير ؛ تم مساعدة هيلين لتعزيز الأفكار والمهارات بالضغوط النفسية أثناء هذه الفترة ، حيث ربطت الصراع مع الأطفال ومشكلات السكن ، وحاولت في كل الأوقات استخدام أساليب البرنامج وفاتتها العديد من الجلسات. قمنا بمراجعة العمل بتخليص التقدم الذي رأت هيلين أنها حققته أثناء البرنامج (مثلا : السيطرة على إعادة خبرة وتجنب الأعراض ؛ التعامل مع المشاعر المؤلمة خصوصا الهلع والغضب ؛ مجابهة العلاقات بشكل أفضل وتحقيق تقدم نحو الأهداف في الحياة) ، الاستراتيجيات للتعامل مع الأعراض الدائمة لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة باستخدام مدخل الخطوات الخمس (مثلا : التعرض التدريجي للبناء على النشاط المهني ، قضاء وقت مع الصديقة التي تثق بها ، التركيز على الأفكار الأكثر واقعية ، والأقل إيلاما) ، والتخطيط للكيفية التي يمكن بها مساعدتها على الاستمرار في استخدام الأساليب بعد انتهاء العمل (مثلا : تسجيل نسخ الكترونية من وثائق العلاج على السجل الالكتروني الطبي ، مستخدمة الملف الطبي أو العلاجي كملقن ومصدر أثناء الأوقات الصعبة ؛ وسؤال منسق الرعاية مساعدتها في استخدام المهارات). هذه المسودات العلاجية التي تم إعدادها بالمشاركة مع هيلين معروضة في الشكل (3.2). عندما تأملت هيلين في العمل ، أعلنت عن أنها تشعر بإيجابية أكثر من المستقبل ، وأنها قادرة على إدارة مشكلاتها ، حيث ذكرت : " يمكنني أن أستيقظ وأشعر أن كل هذا هراء ؛ وأفهم ما يحدث وأتعامل مع أفكاري ، وأساعد نفسي على الاستمرار في الحياة ". خططنا لجلسة مشتركة مع منسق الرعاية لتسليمه ما تم من أعمال أثناء البرنامج العلاجي ، مع توجيه هيلين لهذه الأعمال خلال الخطوات الخمسة وتلخيص الأعمال حتى تاريخه. لقد كانت هيلين متحمسة لتحديد نقاط خطة العمل التي تحتاج إلى دعم مستمر (مثلا : مشكلات السكن ، والمشكلات المادية ، الذهاب إلى صالة الألعاب الرياضية ، والانتهاء من تزيين المنزل) ، مع توضيح المهارات التي تعلمتها لإدارة أفكارها ، وكيف يمكن للمنسق أن يلقنها لتستخدم هذه المهارات. كما أنتجنا أنا وهيلين نسخ مكتوبة

ومسموعة لملخصات العلاج ، والتي أرادت هيلين أن تراجعها بشكل منتظم لتذكرها بالأعمال ، وتستمر في تطبيقها في حياتها اليومية.

ملخص العلاج السلوكي المعرفي لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة

- **الخطوات الخمس. عندما أكون مكتئبا اسأل نفسي :**

1- ما هو الموقف الذي أنا فيه ؟

2- ما هو شعوري ؟

3- فيما أفكر ؟ هل هناك أي أساليب شائعة في التفكير ؟ - هل الفكرة حقيقية أم لا ؟

4- هل الأدلة تدعم الأفكار أم لا ؟

5- تعامل معها. ما هي الفكرة الأكثر فائدة ، والأكثر توازنا أو ماذا أفعل من أجل مجابهة أفضل ؟

استراتيجيات المجابهة الشائعة

1- أتعلم أن أجعل الأمور تسير – أدرك الناس والأشياء الذين لا أستطيع تغييرهم – فالقلق لن يفيد.

2- أكن لبقا على قدرة الإمكان.

3- أحصل على الدعم ممن أثق بهم.

4- أفكر في الإيجابيات.

5- لا أقفز إلى الاستنتاجات.

6- أجمع أكبر قدر ممكن من المعلومات عن الموقف.

7- أنتبه إلى ما يحدث لي وإلى شعوري.

التعامل مع أفكاري المرتبطة بالصدمة

الأفكار المرتبطة بالصدمة	الأفكار المتوازنة والحقيقية
أنا لم ألق بالماضي وراء ظهري	- بذلت قصارى جهدي لألق بالماضي وراء ظهري ، وحققت نجاحا كبيرا.

لا ينبغي أن أتحدث عن أسرتي وخبراتي الماضية المؤلمة.	- من حقي أن أتحدث عن أسرتي ، فكل إنسان يعقل ذلك. - من المفيد مناقشة الماضي إذا كان ذلك في صالح أبنائي.
- كان علي أن أتصرف بشكل مختلف وأوقف الإساءة.	- لم أستطع أن أتصرف بشكل مختلف ، فالآخرون المسئولون عما حدث لي. - عندما استطعت ، حاولت التصرف بشكل مختلف ولكن لم يساعدني أحد.
أنا سيئة ، ولذلك يحدث لي أشياء سيئة.	- تحدث الأشياء السيئة لأنها جزء من الحياة ، فهي تحدث لأي إنسان. - لم يحميني أحد ، لم أنال فرصة تعلم كيف أساعد نفسي.
أنا لا قيمة لي ، أنا فظيع ، وسيء	- أنا شخصية لي قيمة ، وعشت حياة منتجة.
سوف يعاملني الآخرون بسوء ويستغلونني.	- الناس ليسوا سواء ، أعلم أن هناك من الناس من هم على شاكلتي. - نظرا لأن الناس يعاملونني بسوء في الماضي ، فإن ذلك لا يعني أن الناس سوف يفعلون نفس الشيء في المستقبل.
لن تتغير الأشياء ، بل ستسوء في المستقبل	- هذه فترة سيئة ، وقد تسوء الأمور في المستقبل ، ولكن سوف تتحسن الأمور.

الشكل 3.2. ورقة العلاج النفسي التي تم إعدادها بالمشاركة مع هيلين : العلاج السلوكي المعرفي لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.

النتيجة Outcome

تم تقييم تقدم هيلين في نهاية العلاج وفي مقابلة متابعة بعد 6 أشهر من نهاية العلاج. ومع نهاية التدخل ، لم تعد هيلين ينطبق عليها معايير اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة على مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة الذي يطبقه المعالج ، حيث أقر بعرض واحد من خمسة أعراض لإعادة الخبرة ، وواحد من سبعة من أعراض التجنب / التحذير الانفعالي ، وثلاثة من خمسة من أعراض الإثارة الزائدة ، ودرجة كلية قدرها 39 تعكس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (مقارنة بدرجة 76 عند بداية العلاج ، والتي كان مؤشر على حدة اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة). كما قلت تقديرات الاكتئاب لديها على قائمة بيك للاكتئاب من 32 إلى 9 في نهاية البرنامج ، مما يعكس تحولا من الحاد إلى البسيط ، وهو مستوى غير إكلينيكي من الاكتئاب. الشيء المهم هو أن استجابات هيلين على قائمة معارف ما بعد الصدمة أظهرت أسلوبا متوازنا وواقعيا في التفكير ، حيث حصلت على درجة 102 من 231 ، مقارنة بدرجة 176 في بداية العمل. إن التحسن في أعراض هيلين والمعارف المرتبطة بالصدمة كان واضحا في التقييم التتبعي ، بعد 6 أشهر ، حيث حصلت على 10 درجات على مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة الذي يطبقه الإكلينيكي ، و 11 درجة على قائمة بيك للاكتئاب ، ودرجة كلية قدرها 86 على قائمة معارف ما بعد الصدمة.

المناقشة Discussion

إن البرنامج العلاجي قد قدم مدخلا فعالا لدعم هيلين في تعلم المهارات للحد الدال من أعراض اضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة والتوتر لديها. في بداية العمل ، كان هناك قلق من أن انفعالات هيلين قد تكون مربكة لها بحيث لا تستطيع العمل في مهام البرنامج ، وأن معتقداتها المرتبطة بالصدمة فيما يتعلق بالآخرين (مثل : لا

يمكن الوثوق بهم ، سوف يخذلونني) سوف تكون عائقا أمام تنمية علاقة علاجية آمنة. ومع ذلك فإن البروتوكول قد قدم بالفعل إطار عمل مترابط وثابت ، وأمكن من خلاله تحديد هذه الموضوعات والتعامل معها ، مع الحفاظ على التركيز في علاج هيلين المرتبطة بالصدمة. كما كان الإشراف الذي يهدف إلى تحقيق هيلين التوازن بين العملية (الانتباه إلى وجدان هيلين) ومحتوى القضايا (التعامل مع مهام البروتوكول) مفيدا في ضمان أنها تشعر بأن هناك من يدعمها أثناء العمل ، في حين يتم أيضا مساعدتها على التعلم الفعال لمهارات البرنامج العلاجي. لقد كان الإطار العملي مرنا بشكل كاف ، بما يسمح لنا بدعم التكيفات التي أفادت هيلين ، كما أدت إلى التقليل من التوتر ، وتعميم المهارات التي تعلمتها.

ففي حين لم يكن هناك تركيزا صريحا على الإحياء مرة أخرى ، إلا أنه من خلال عملية إعادة البناء المعرفي ، كان هناك شعور بأن الذكريات المؤلمة لهيلين قد أحضرت على الخط " ، بحيث تدعمها في الوعي تجهيز التقديرات الأقل منفعة ، ذات الصلة بالصدمة. وعندما بدأ هيلين في الدمج المعرفي لهذه المعلومات الجديدة عندما كان لديها أعراض إعادة الخبرة : افترض أنها تتعامل مع أو تخاطب القضايا المؤلمة التي حدثت في حياتها (Grey et al., 2002). كما سمح البروتوكول أيضا بالعمل مع الأفكار الاضطهادية التي كانت هيلين على قناعة بها ، وذلك بإعداد خطة عمل في البداية لمجابهة المواقف المثيرة للقلق ، والتي قدمت بشكل غير مباشر معلومات جديدة لدمجها في إعادة تقييم هذه الأفكار والمعتقدات الأساسية التي ترتبط بالصدمة. على سبيل المثال ، كانت تعلن هيلين في الغالب عن أفكار أن " الجيران ينهمكون في القيل والقال ونشر الإشاعات عني " ، وهذه فيما يبدو ترتبط باعتقادها المرتبطة بالصدمة بأنه " لا يمكن الثقة في الآخرين وأنهم يستغلونني ". لقد كانت مقتنعة في البداية بأن الأدلة المتوفرة تدعم هذه الأفكار ، ولذا قامت بإعداد خطة عمل لمساعدتها على مجابهة المواقف التي تحدث التوتر ، والتي تنطوي على الجيران (مثلا : استخدام إعادة التدريب على التنفس لإدارة أعراض الهلع عند رؤيتهم ، وممارسة أساليب الفعالية البينشخصية ، ووضع جدول للنشاط لبناء التواصل الاجتماعي الإيجابي). عند تطبيق

استراتيجيات المجابهة هذه ، كانت هيلين قادرة على جمع المزيد من الأدلة المرتبطة بالأفكار الاضطهادية المحدثة للتوتر ، وهذا أدى بها إلى استنتاج " أنا لست متأكدة من أن الجيران ينهمكون في القيل والقال عني ، ومن الأفضل التركيز على الناس الذين سيعاملونني بشكل أفضل " . ثم بعد ذلك دمجت هيلين هذا الاستنتاج والأدلة الداعمة في إعادة البناء المعرفي للمعتقد المرتبط بالصدمة وهو أن الآخرين سوف يعاملونها بشكل سيء ، مما أدى بها إلى تنمية معتقد بديل أقل إحداثا للتوتر وهو أن " ليس كل الناس سواء ، وأنه ليس بالضرورة أن يكون المستقبل مثل الماضي ".

لقد كان العلاقة مع منسق الرعاية ضرورية من أجل فعالية العلاج فقد أعلن عن أن المحاولات المتكررة قد تمت سابقا لوضع خطط رعاية للتعامل مع المشكلات الاجتماعية لدى هيلين ، على الرغم من أنه كان من الصعوبة تحقيق تقدم حيث كانت هيلين مهمومة وحزينة بسبب الضغوط الاجتماعية الجديدة. كما وجدت هيلين أيضا أن من الصعوبة في بعض الأوقات العمل مع فريق الرعاية بسبب أفكارها والمتمثلة في أن المستقبل لا أمل فيه ، وأنها لا يمكن أن تثق في الآخرين ليساعدونها. فيما يبدو أن البروتوكول العلاجي قد يسمح بمدخل واضح ومركز للتخطيط للرعاية. أعلن منسق الرعاية أن الجلسات كانت منتجة حيث إن هيلين كانت أقل تأثرا بمشاعر الحزن والغضب ، وكان على ثقة من تعافي هيلين وشفاءها.

شكر وعرفان

نود أن نشكر هيلين على مشاركتها في العلاج وفي البحث.

المراجع

Beck, A.T., Steer, R.A. and Brown, G.K. (1996) Manual for the Beck Depression Inventory-II. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Blake, D.D., Weathers, F.W., Nagy, L.M. et al. (1995) The development of a clinician-administered PTSD scale. Journal of Traumatic Stress, 8, 75–90.

Ehlers, A. and Clark, D.M. (2000) A cognitive model of posttraumatic stress disorder. Behaviour Research and Therapy, 38, 319–345.

Foa, E.B., Ehlers, A., Clark, D.M., Tolin, D.F. and Orsillo, S.M. (1999) The posttraumatic cognitions inventory (PTCI): Development and validation.Psychological Assessment, 11, 303–314.

Foa, E.B., Keane, T.M. and Friedman, M.J. (2000a) Guidelines for the treatment of PTSD. Journal of Traumatic Stress, 13, 539–555.

Foa, E.B., Keane, T.M. and Friedman, M.J. (eds) (2000b) Effective Treatments for PTSD. New York: Guilford Press.

Frueh, B.C., Grubaugh, A.L., Cusack, K.J. et al. (2009) Exposure-based cognitive behavioural treatment of PTSD in adults with schizophrenia or schizoaffective disorder: A pilot study. Journal of Anxiety Disorders, 23(5), 665–675.

Garety, P., Kuipers, E., Fowler, D. et al. (2001) A cognitive model of the positive symptoms of psychosis. Psychological Medicine, 31, 189–195.

Gearon, J.S., Bellack, Alan, S. et al. (2004) Preliminary reliability and validity of the clinician-administered PTSD scale for schizophrenia. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72(1), 121–125.

Grey, N., Young, K. and Holmes, E. (2002) Cognitive restructuring within reliving:A treatment for peritraumatic emotional 'hotspots' in posttraumatic stress disorder. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 30(1), 37–56.

Grubaugh, A.L., Zinzow, H.M., Paul, L. et al. (2011) Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in adults with severe mental illness: A critical review. Clinical Psychology Review, 31, 883–899.

Lysaker, P.H. and LaRocco, V.A. (2008) The prevalence and correlates of trauma-related symptoms in schizophrenia spectrum disorder. Comprehensive Psychiatry, 49(4), 330–334.

Marks, I., Lovell, K., Noshirvani, H. et al. (1998) Treatment of posttraumatic stress disorder by exposure and/or cognitive restructuring. Archives of General Psychiatry, 55, 317-325.

McGovern, M.P., Lambert-Harris, C., Alterman, A.I. et al. (2011) A randomized controlled trial comparing integrated cognitive behavioral therapy versus indi-vidual addiction counseling or co-occurring substance use and posttraumatic stress disorders. Journal of Dual Diagnosis, 7, 207–227.

Morrison, A.P. (2001) The interpretation of intrusions in psychosis: An integrative cognitive approach to hallucinations and delusions. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 29, 257–276.

Mueser, K.T., Rosenberg, S.D., Goodman, L.A. et al. (2002) Trauma, PTSD, and the course of schizophrenia: An interactive model. Schizophrenia Research, 53, 123–143.

Mueser, K.T., Rosenberg, S.D., Jankowski, M.K. et al. (2004a) A cognitive-behavioural treatment program for post-traumatic stress disorder in severe mental illness.American Journal of Psychiatric Rehabilitation, 7, 107–146.

Mueser, K.T., Rosenberg, S.D. and Rosenberg, H. (2009) Treatment of Posttraumatic Stress Disorder in Special Populations: A Cognitive Restructuring Program. Washington, DC: American Psychological Association.

Mueser, K.T., Rosenberg, S.D., Xie, H. et al. (2008) A randomised controlled trial of cognitive-behavioural treatment of posttraumatic stress disorder in severe mental illness. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76, 259–271.

Mueser, K.T., Salyers, M.P., Rosenberg, S. D. et al. (2004b) Interpersonal trauma and post-traumatic stress disorder in patients with severe mental illness: Demographic, clinical and health correlates. Schizophrenia Bulletin, 30, 45–57.

National Institute for Clinical Excellence (NICE) (2005) Post-traumatic Stress Disorder: The Management of PTSD in Adults and Children in Primary and Secondary Care. National Clinical Practice Guideline 26. London: Royal College of Psychiatrists and British Psychological Society.

Pitman, R.K., Altman, B., Greenwald, E. et al. (1991) Psychiatric complications during flooding therapy for posttraumatic stress disorder. Journal of Clinical Psychiatry, 52, 17–20.

Resnick, S.G., Bond, G.R. and Mueser, K.T. (2003) Trauma and posttraumatic stress disorder in people with schizophrenia. Journal of Abnormal Psychology, 112, 415–423.

Resick, P.A., Nishith, P., Weaver, T.L. et al. (2002) A comparison of cognitive processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of posttraumatic stress disorder in female rape victims. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61, 384–991.

Rosenberg, S.D., Mueser, K.T., Jankowski, M.K. et al. (2004) Cognitive-behavioral treatment of posttraumatic stress disorder in severe mental illness: Results of a pilot study. American Journal of Psychiatric Rehabilitation, 7, 171–186.

Smucker, M.R., Grunert, B.K. and Weis, J.M. (2003) Posttraumatic stress disorder: A new algorithm treatment model. In R. L. Leahy (ed.), Roadblocks in Cognitive-Behavioral Therapy: Transforming Challenges into Opportunities for Change (pp.175–194). New York: Guilford Press.

Tarrier, N., Pilgrim, H., Sommerfield, C. et al. (1999) Cognitive and exposure therapy in the treatment of PTSD. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67, 13–18.

Van den Berg, D.P.G. and Van der Gaag, M. (2012) Treating trauma in psychosis with EMDR: A pilot study. Journal of Behaviour Therapy & Experimental Psychiatry, 43, 664–671.

Weathers, F.W., Ruscio, A.M., and Keane, T.M. (1999) Psychometric properties of nine scoring rules for the Clinician-Administered Posttraumatic Stress Disorder Scale. Psychological Assessment, 11(2), 124–133.

الفصل الرابع

العلاج السلوكي المعرفة للأفراد المعرضين بشكل كبير لتنمية الذهان

يهدف هذا الفصل إلى تقديم ملخص عن استخدام العلاج النفسي المعرفي للأفراد المعرضين بشكل كبير لتنمية الذهان ، وسوف نبدأ بالتعرف على من هو الشخص المعرض بشكل كبير لتنمية الذهان ، ونقدم ملخصا موجزا عن تجاربنا الإكلينيكية لهؤلاء الأفراد وكذلك البروتوكول العلاجي الذي استخدمناه. ثم بعد ذلك نصف ونوضح استراتيجيات التدخل في العلاج المعرفي مع تقديم نموذج حالة.

من هو المعرض بشكل كبير لتنمية الذهان؟

Who is at ultra high risk of developing psychosis ?

لقد أصبح الكشف المبكر عن والوقاية المبكرة من الذهان موضوعا لاقى اهتمام كبيرا منذ أن أدى العمل الأول المؤثر ليونج ورفاقه .Yung et al (1998) إلى إعداد وتنمية معايير إجرائية ، تحدد الحالات العقلية المعرضة للخطر At – Risk Mental States(ARMS) أو باستخدام هذه المعايير ،وجد هؤلاء الباحثون أن 40٪ من الأفراد المعرضين للخطر بشكل كبير قد تحولوا إلى ذهانيين خلال فترة 9 أشهر .(Young et al., 1998)

هذه المعايير تحدد أربع مجموعات معرضين للخطر بشكل كبير ، وترتبط بتوليفة من عوامل الخطر كسمات وكحالات ، حيث إن عوامل الحالة تشتمل على : (1) الأعراض الذهانية البسيطة أو شبه الاستهلالية ، (2) الأعراض الذهانية المتقطعة والمحددة ، والتي تسكن بدون علاج خلال أسبوع. أما عوامل السمة ، فهي : 1. المرور بخبرة التقهقر في الأداء ، أو كون الأسرة لها تاريخ مع الذهان (الأقارب من الدرجة الأولى) ، 2. ونتيجة تشخيص تشير إلى وجود اضطراب الشخصية نمطية الفصام مع تقهقر أيضا في الأداء أو الوظيفة. وفي هذا الفصل ، سوف ينصب تركيزنا على مجموعة تعرض بوجود الأعراض البسيطة ، حيث إنها تمثل ما يقرب من 80٪ من العملاء المعرضين للخطر ، الذين اكتشفوا في التجارب الإكلينيكية (Morrison et

al., 2004). هناك العديد من التقييمات التي يمكن استخدامها لتحديد الأفراد الذين تنطبق عليهم المعايير الخاصة بالمعرضين لخطر الحالات العقلية ، بما في ذلك التقييم الشامل للحالات العقلية المعرضة للخطر (Yung et al, 2005) ، والمقابلة البنائية لمتلازمات أعراض المرض ومقياس أعراض المرض(Miller et al., 2003).

ما هي الأعراض الذهانية البسيطة

What are attenuated psychotic symptoms

تشير الأعراض الذهانية البسيطة إلى خبرات تشبه الذهان ، وهي تحت العتبة الإكلينيكية لتشخيص الإكلينيكي لأعراض الذهان. وهذه الأعراض تختلف عن الأعراض الذهانية الصريحة في الحدة ، والتكرار ، وفي الفترة الزمنية (Yung, et al., 2005). على سبيل المثال ، الفكرة الاضطهادية الموجودة مع أقل من الإقناع الوهمي بسيطة لأن حدتها أقل من الأوهام الاضطهادية الموجودة مع قليل من الإقناع كما أن لها تأثير أقل من الاضطهادية الموجودة مع قليل من الإقناع كما أن لها تأثير أقل على السلوك والانفعال. فإذا ما كان لدى الفرد معتقد اضطهادي مع إقناع وهمي (100٪ إقناع) ولمدة ساعة فقط ، فإن هذا لا ينطبق عليه المعايير التشخيصية لأعراض الذهان على أساس المدة. أيضا ، إذا كان لدى الفرد الأفكار البارانويدية مرتين في الشهر فقط ، فإن هذا يعني اعتبارها أعراض ذهانية بسيطة لأن التكرار دون عتبة الذهان الصريح (على الأقل فترة شهر).

التدخلات الإكلينيكية للأفراد المعرضين للخطر

Clinical Interventions individuals at Ultra-High Risk

التطورات في التعرف على الأفراد المعرضين للخطر قد رفعت من إمكانية منع التحول إلى الذهان. لقد تم تقييم فعالية التدخلات لهذه المجموعة في التجارب عشوائية الضبط : مزيج من العلاج النفسي والعلاج الدوائي (McGorry et al., 2002)،العلاج المعرفي فقط (Morrison, et al., 2004) ، والعلاج الدوائي فقط (McGlashan et al., 2006).

والعلاج المعرفي مقارنة بالعلاج الدعمي (Addington et al., 2011) ، وأميجا 3 للأحماض الدهنية غير المتشبعة والمتعددة (Amminger et al., 2010). كما أن التجربة عشوائية الضبط قد بحثت في استخدام أميسولبرايد (عقار) كإضافة إلى التدخل الذي يركز على الحاجات الدعمية (Ruhrmann et al., 2007) ، هذه الدراسة تختلف عن الدراسات الأخرى في أن مدخل المراحل الإكلينيكية الألماني للحالات المعرضة للخطر تميز بين متلازمة الخطر المبكر والخطر المتأخر ، ففي الجزء المبكر من المتلازمة يتم تقديم التدخلات النفسية ، ولكن إذا انتقل العميل إلى المرحلة الأخيرة ، فمن الممكن إذا أن يستفيد من العلاج الدوائي المضاد للذهان. لقد كان التدخل النفسي لكل متلازمة مبكرة لدى العميل عبارة عن تدخل جماعي يستخدم العلاج السلوكي المعرفي. وقد وجد هذا العلاج نتائج دالة بلغة تقليل الانتقال إلى المرحلة الأخيرة من المتلازمة إلى مرحلة الذهان التامة(Bechdolf et al, 2005)

وجد ماكجوري ورفاقه McGorry et al., (2002) الجمع بين العلاج النفسي والعلاج الدوائي الخاص (التدخل الوقائي الخاص) - مقارنة بالعلاج الدعمي ، وإدارة الحالة (التدخل القائم على الحاجات) يقلل من مخاطر الانتقال إلى الذهان (معدل الانتقال 10٪ مقارنة بنسبة 36٪ معدل الانتقال في مجموعة التدخل القائمة على الحاجات). ومع ذلك ، لم تظل النتائج على حالها لمدة 6 أشهر

من المتابعة. لذا ، فقد خلص الباحثون إلى احتمالية تأجيل الانتقال إلى الذهان بدلا من الوقاية منه أو منعه. قام ماجلاشان ورفاقه McGlashan et al. (2006) بمقارنة أولانزابين(عقار) بعقار آخر في تجربة عشوائية الضبط (العدد = 60) ، ولم يجدوا فرقا دالا في عدد الانتقالات إلى الذهان خلال 12 شهرا (نسبة معدل الانتقال في مجموعة الأولانزابين 16.1 ٪ ، في حين ان نسبة المعدل الانتقال في العقار الذي يؤخذ لمجرد إرضاء العميل 37.9 ٪) ، وهذا يشعر إلى ان الدواء المضاد للذهان لا يرجئ أو يمنع الانتقال إلى الذهان لدى الأفراد المعرضين للخطر. أعلن ماجلاشان ورفاقه (2006) عن ميل نحو الدلالة وأقروا بقصور في القوة كسبب محتمل لنقص الدلالة الإحصائية. بالإضافة إلى نقص الأدلة المؤيدة ، فإن هناك أيضا قضايا عرقية. يجب أن توضع في الاعتبار(مثل الآثار الجانبية) في علاقتها باستخدام العلاج المضاد للذهان مع هذه المجموعة الإكلينيكية (Bentall & Morrison, 2002) . ففي دراسة في فينا بأستراليا ، تبين أن استخدام أوميجا 3 للأحماض الدهنية كانت ناجحة في تقليل الانتقال إلى الذهان والأعراض الذهانية خلال 12 شهرا ، بدون أي آثار جانبية عكسية. (Amminger et al., 2010). كما أن هناك دراسة قارنت تأثيرات العلاج السلوكي المعرفي الدعمي (Addington et al, 2011). هذه الدراسة استفادة من الدليل العلاجي الذي أعده فرنش ، موريسون French & Morrison (2004) كأساس لتدخل العلاج السلوكي المعرفي. استخدام الاختيار العشوائي عينة من 51 فردا يقيمهم في 6 ، 12 ، 18 شهرا. فقد حدثت التحولات إلى الذهان فقط لدى مجموعة العلاج الدعمي على الرغم من أنها لمْ تصل إلى حد الدلالة بسبب المحتوى المنخفض من التحولات عبر العينة. كما وجدوا أيضا تحسنا سريعا في الأعراض الإيجابية البسيطة في مجموعة العلاج السلوكي المعرفي.

تجربتنا Our Trial

أجرى موريسون ورفاقه Morrison et al (2004) تجربة عشوائية الضبط (العدد = 58) ، (الكشف المبكر ، التدخل والتقييم) ، تقارن العلاج المعرفي بالمراقبة فقط (عدم وجود معالجة). لقد قلل العلاج المعرفي – بشكل دال – من الانتقال إلى الذهان في نهاية المعالجة (معدل الانتقال 6 ٪ مقارنة بمعدل 22 ٪ في مجموعة المعالجة العادية) ، وبقيت هذه النتيجة في القياس التتبعي بعد 12 شهرا ، وبناء على ذلك ، استنتجنا احتمالية منع الانتقال إلى الذهان. ظل هذا الفرض الدال لمدة 3 سنوات من المتابعة عند ضبط العوامل المعرفية في التحليل. وفي يوليو 2010 ، استكملنا التطوع (العدد = 288) لتجربة أكبر ، تهدف إلى تقييم إعادة البناء المعرفي للمعرضين لخطر الحالات العقلية (Morrison et al., 2011) ، والذي يقوم على نفس البروتوكول العلاجي (French & Morrison, 2004) والنموذج المعرفي (Morrison et al., 2001) كتجربتنا الأولى ، وتم تحليل النتائج في نهاية عام 2011.

جدول 4.1 ممرات الدخول التي تقوم على معايير التقييم الشامل للمعرضين لخطر الحالات العقلية

الممر	معايير التقييم الشامل للمعرضين لخطر الحالات العقلية
الأعراض الذهانية المتقطعة والمحدودة DLIPS	(1) 6 درجات على مقياس التقدير الشامل في محتوى الأفكار غير العادية ، الأفكار غير الشاذة ، أو الحديث غير المنظم ، أو 5- 6 على الشذوذ الإدراكي. (2) 4- 6 درجات على مقياس التكرار في مقياس الأعراض ذات الصلة.

	(3) الأعراض موجودة لأقل من أسبوع واحد. (4) يتم معالجة الأعراض بدون علاج طبي. (5) حدثت الأعراض خلال العام الماضي.
الأعراض البسيطة Attenuated Symptoms	(أ) الحدة دون العتبة 3- 5 درجات على مقياس التقدير الشامل في محتوى الأفكار غير العادية أو الأفكار غير الشاذة ، أو 3 – 4 على الشذوذ الإدراكي أو 4 – 5 على الحديث غير المنظم. 3- 6 درجات على مقياس التكرار في مقياس الأعراض ذات الصلة. الأعراض موجودة لأكثر من أسبوع واحد حديث الأعراض خلال العام الماضي. (ب) التكرار دون العتبة 1. 6 درجات على مقياس التقدير الشامل في محتوى الأفكار غير العادية أو الأفكار غير الشاذة ، أو الحديث غير المنظم ، 5- 6 درجات على الشذوذ الإدراكي. 2. 3 درجات على مقياس التكرار في مقياس الأعراض ذات الصلة. 3. حدثت الأعراض خلال العام الماضي.
الحالة + السمة State-plus – trait	1. تاريخ من الذهان لدى الأقارب من الدرجة الأولى أو اكتشاف وجود اضطراب الشخصية نمطية الفصام. 2. 30٪ نقص في درجة التقييم الشامل للأداء (APA,

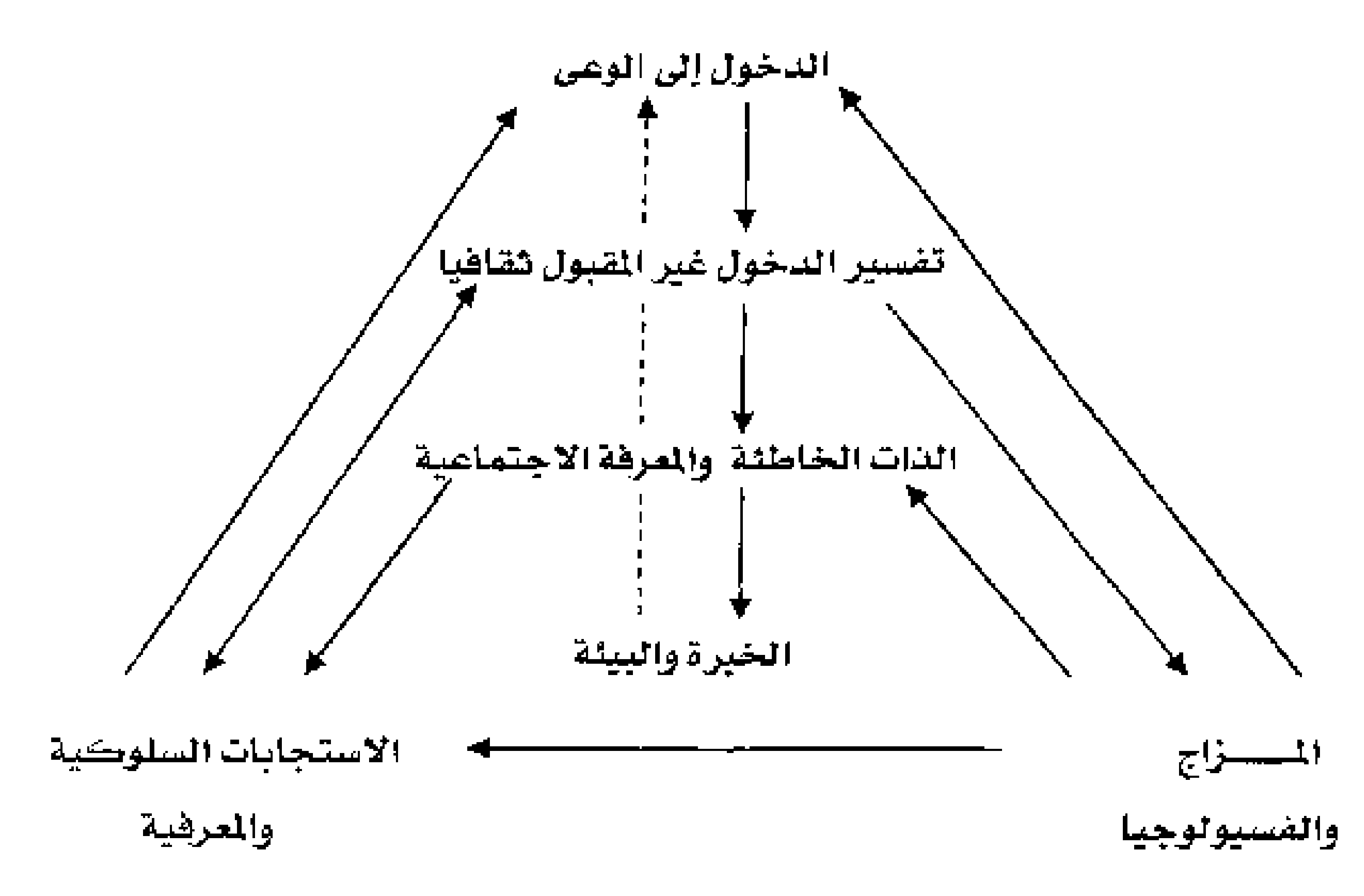
2000) من مستوى ما قبل المرض ، ويعزز لمدة شهر خلال العام الماضي ، أو درجة 50 على التقييم الشامل للأداء أو أقل من ذلك خلال العام الماضي على الأقل.	

لقد تم تعريف معايير الدخول التي وضعناها باستخدام التقييم الشامل للحالات العقلية المعرضة للخطر (Yung et al., 2009) ، مع سن (14 – 35) ، مع طلب المساعدة والسعي من أجلها (انظر جدول 4.1) للمعايير الخاصة التي وضعناها وفقا للتقييم الشامل للحالات العقلية المعرضة للخطر. أما معايير الاستبعاد فهي وصفة حالية أو سابقة للعلاج الدوائي المضاد للذهان لأكثر من يومين، صعوبات التعلم المتوسطة والحادة ، الخلل العضوي ، وقلة الطلاقة في اللغة الإنجليزية. نحن لم نقصي أحدا بسبب المواد (المخدرة) أو الاضطرابات الأخرى في المحور(1)، لذا ، فإن ذلك يعزز تعميم النتائج التي حصلنا عليها.

النموذج المعرفي للذهان

The cognitive model of psychosis

وضع موريسون Morrison (2001) النموذج المعرفي الذي يفسر تكوين وبقاء الخبرات الذهانية ، بما في ذلك البارانويا ، كما هو موضح الشكل 4.1.



الشكل 4.1 النموذج المعرفي لتكوين وبقاء الخبرات الذهانية (Morrison, 2001)

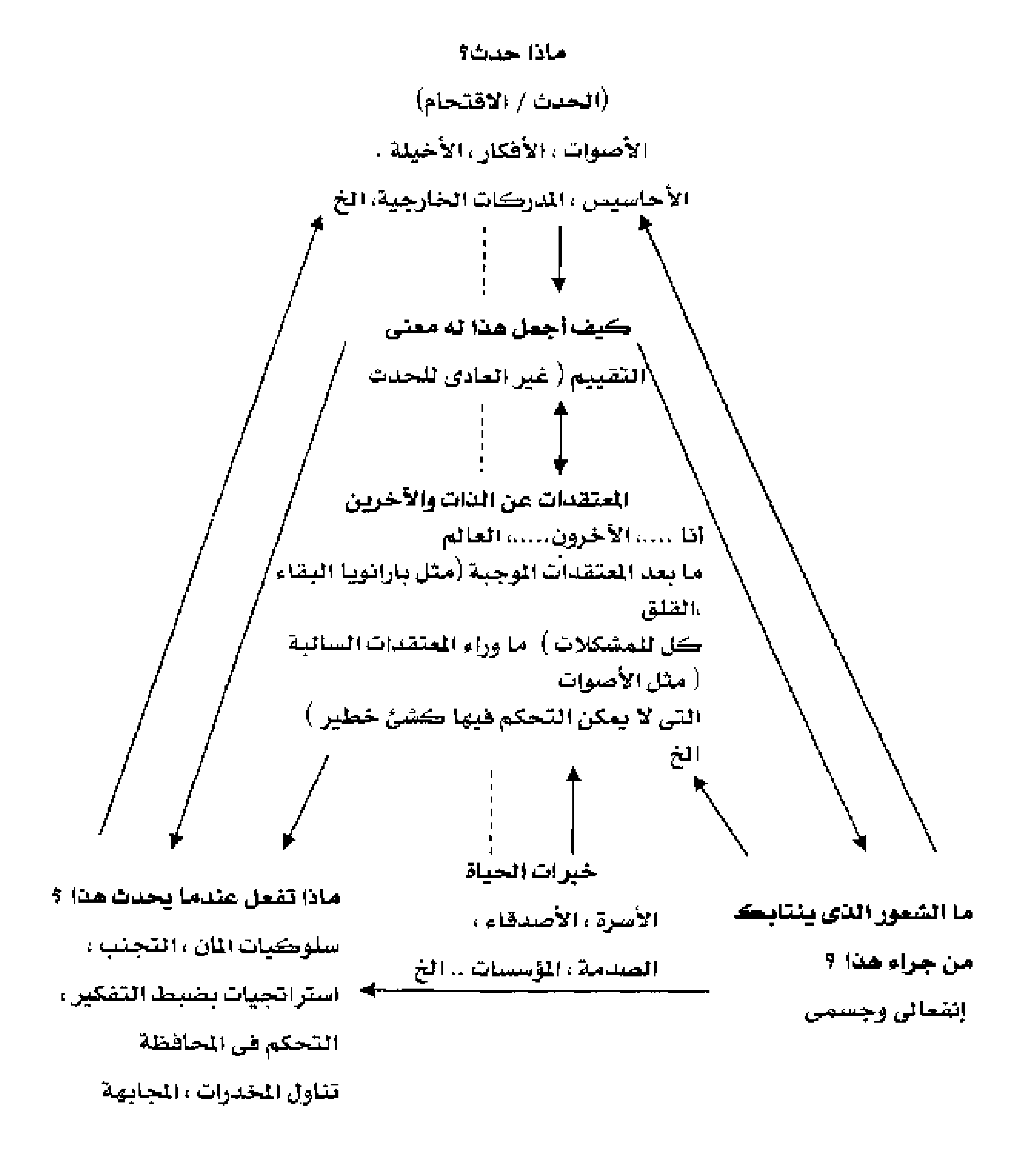
لقد أعطى الكشف والتدخل والتقييم المبكر دليلا أوليا على أن العلاج المعرفي الذي يقوم على هذا النموذج يمكن ان يمنع أو يرجئ الذهان لدى الأفراد المعرضين للخطر (Morrison et al., 2004). هذا النموذج يوحي بأن تفسر الدخول (مثلا : حالات المزاج ، المدركات الخاصة أو الأفكار الاقتحامية) هو المهم. بشكل أساسي ، فإنه ينظر إلى الشخص على أنه ذهاني إذا ما أظهر تفسيرات غير مقبولة ثقافيا للدخول (مثلا : افتراض سماع الاسم الأول لشخص في التلفزيون دليل على أن الشخص يتحدث عنك). يذكر موريسون (2001) أيضا أن هناك عمليات شبيهة متضمنة في نمو الاضطرابات الذهانية. وبناء على ذلك ، فإن النموذج ينطوي على سمات رئيسية ذاتية لنموذج الوظيفة التنفيذية ذاتية التنظيم للخلل الوظيفي الانفعالي (Wells & Mathews, 1994).

يفترض موريسون (2001) أن التفسيرات غير المقبولة ثقافيا للدخول يتم الحفاظ عليها من خلال سلوكيات الأمان (مثلا : مشاهدة الناس من النافذة) ،

والمعتقدات الإجرائية (المعتقدات عن استراتيجيات تجهيز المعلومات ، مثل : البارنويا تجعلني في أمان) ، الذات الخاطئة والمعرفة الاجتماعية (مثل المعتقدات السالبة عن الذات والآخرين) ، المزاج والفسيولوجيا.

هذا النموذج يوحي باستجابات معرفية غير مساعدة (مثلا : الانتباه الانتقائي / استراتيجيات ضبط التفكير / التجهيز المحافظ) ، والاستجابات السلوكية (مثل : التجنب / سلوكيات الأمان) والمزاج (مثل : القلق ، المزاج السيئ ، والغضب) ، ويبقى على التوتر والأعراض الذهانية. هناك معتبر بين هذا النموذج والمداخل السلوكية المعرفية الأخرى لفهم الذهان (انظر الفصل الأول).

يهدف هذا النموذج إلى تيسير النمو التشاركي لصياغات الحالات ذات فرط الحساسية ، والتي منها يتم استخلاص استراتيجيات التدخل. ففي تجاربنا ، نستخدم نسخة محببة للمستخدم من هذا القالب الصياغي (Morrison et al, 2008) لكي نخلص إلى مفاهيم مشتركة لهذه الحالات. هذه النسخة معروضة في الشكل (4.2) ، وبها أيضا مقترحات لكل جزء ، وتتمثل العناصر الرئيسية لهذا النموذج في تطبيع الدخول (أو الاقتحامات) ، والتركيز على تعزيز تقييمات للخبرات غير العادية بحيث تكون أقل إحداثا للتوتر ، وتقييم وتعديل المعتقدات التي تتعلق بعدم الضبط وخطورة الخبرات الذهانية ، والتأكيد على استخدام التجارب السلوكية لاختبار المعتقدات ، وتقييم مدى منفعة إستراتيجيات الضبط.



الشكل 4.2 نسخة العميل من نموذج موريسون للذهان

البروتوكول العلاجي المستخدم في التجربة

The Treatment protocol used in the Trial

يقوم بروتوكولنا العلاجي على دليل منشور(French & Morrison, 2004) ويدمج خطوطا إرشادية ، المقصود منها هو تمثيل الافتراضات المختلفة عما يحدث خلال فترة العلاج. يخصص لكل العملاء 26 جلسة خلال الستة اشهر الأولى (بالإضافة إلى ما يقرب من أربع مواد تعزز فاعلية العلاج خلال الستة اشهر اللاحقة) ، وتجدر الإشارة إلى أنه من الممكن استخدامها بشكل مرن ، ويمكن تغييرها استجابة لخصائص العميل. فيما يلي نقدم موجزا للجلسات ، والمعالم الرئيسية المتوقعة لكل جلسة. عند تدريب المعالجين الذين اشتركوا في التجربة ، كان لهم تعليقات تخص السرعة التي تتحرك بها الجلسات ، ومع ذلك ، وجدنا أن ذلك مهم لكي نحافظ على انخراط الأفراد في العلاج والتقدم نحو النجاحات السريعة ، وهذا هام مع الوضع في الاعتبار الانتقالات إلى الذهان ، حيث من المحتمل أن تحدث في الشهر القليلة الأولى .(Yung et al., 2008)

الجلسة الأولى First Session

أثناء الجلسة الأولى من الأهمية توضيح حدود الثقة للعملاء ، ثم بعد ذلك ، يتم شرح العلاج المعرفي ، والتجربة وعدد الجلسات (نافذة ستة أشهر ، وجلسات معينة اختيارية). في البداية يتم الاتفاق على عقد موجز (6- 10 جلسات).

من المهم إجراء تقييم سلوكي معرفي لتقديم المشكلات وعرضها ، وكذلك الخبرات الحياتية بناء على النموذج المعرفي. ينبغي أن يتم هذا التقييم خلال الجلستين الأولى والثانية ، ومع ذلك ، ففي بداية الجلسة الأولى ، من الأهمية أيضا البدء في صياغة الصعوبات الحالية التي يمر بها العميل باستخدام الحدث الرئيسي ، والأفكار ،

والمشاعر ودورة السلوك. كما ينبغي عمل تقييم عن المخاطر للذات والآخرين خلال هذه الجلسة الأولى ، ويتم جمع المعلومات عن المرونة والعوامل الوقائية لمساعدة المعالج أثناء أي وقت في المستقبل عندما تزداد المخاطر.

الجلسة الثالثة By session 3

وفي الجلسة الثالثة ، ينبغي عمل قائمة بالمشكلات ، وقائمة بالأهداف الخاصة ، والتي يمكن قياسها ، والتي يمكن إنجازه والواقعية ، والمحدودة في الوقت ، والتي يسعى المعالج والعميل نحو تحقيقها والعمل في سبيلها خلال الجلسات المتعاقد عليها (مثلا : إذا ما اتفق على 6 جلسات في البداية ، إذاً لا بد أن تتناسب الأهداف مع هذا الإطار الزمني). علاوة على ذلك ، ففي هذه النقطة ، ينبغي إعداد صياغات (دورة الحدث – التفكير – الشعور – السلوك) بسيطة تركز على الأحداث الحالية لمساعدة اجتماعية العميل ومشاركته في النموذج المعرفي الخاص. بالإضافة إلى ذلك ، الصياغة الطولية المشتركة لصعوبات العميل ، والتي تقوم على النموذج المعرفي الخاص ينبغي أن يكون إما عملاً جارياً أو يتم في القريب العاجل.

الجلسات اللاحقة Subsequent Sessions

مع وجود الصياغة ، ينبغي تتبع اختيار استراتيجيات التدخل بسهولة ، مع التفاوض المشترك مع العميل فيما يتعلق بالأهداف ، والمهارات التي يتمتع بها ، والعلاقات المقترحة بين العوامل داخل الصياغة واحتمالية النجاح. الأجندة الخاصة بكل جلسة ينبغي أن تشتمل على مستهدف ، على سبيل المثال ، سلوك أو تقييم ، يرتبط بقائمة الأهداف والصياغة ، بحيث تزود كلا من المعالج والعميل بالأساس للعمل أثناء الجلسة. ينبغي أيضا اختيار كل استراتيجيات التغيير المعرفية السلوكية على أساس التفاوض مع العميل (من أجل الوصول إلى قيود) ، وتقوم على أساس الصياغة (مع اقتراح احتمالية النجاح). كما ينبغي اختيار الاستراتيجيات المنتقاة من تلك الاستراتيجيات والمعروفة في الشكل 4.3. للتوضيح المفصّل لهذه الاستراتيجيات يمكن

الرجوع إليه في الدليل العلاجي الذي قمنا بإعداده (French & Morrison , 2004).

الاستراتيجيات العلاجية
العمل في المشكلة والأهداف.
التطبيع.
استراتيجيات الدوار / ممارسة المهارات.
دراسة المميزات والعيوب.
التحليل القائم على الأدلة.
توليد التفسيرات البديلة
التخطيط للاستبيانات / المراجعة
سلوكيات الأمان / التجارب السلوكية في الجلسة / مساعدة المعالج
المعتقدات ما وراء المعرفية (مثلا : المعتقدات الإيجابية / السلبية عن البارانويا / القلق.
الاستراتيجيات ما وراء المعرفية (مثلا : إرجاء التجهيز المحافظ)
استراتيجيات الانتباه (التركيز الخارجي)
المعتقدات الرئيسية / تغيير المخططات المعرفية (مثلا : الاختيارات التاريخية ، المتصل)
التقليل من العزلة الاجتماعية / وزيادة النشاط.
منع الانتكاسة.

الشكل 4.3 قائمة باستراتيجيات العلاج المستخدمة في التجربة.

Final Two Sessions آخر جلستين

يتم الحفاظ على آخر جلستين من أجل المعالج والعميل للتركيز على منع الانتكاسة والحفاظ على المكتسبات التي تحققت حتى الآن عند عمل مسودة مع العميل ، فمن المفيد تقديم نسخة من الصياغة الطولية ، ويتبع الصياغات البسيطة مخلص عن الاستراتيجيات التي تبين أنها مفيدة. ينبغي أن تشتمل المسودات على علامات الإنذار المبكرة ، والوسطى ، والأخيرة ، وكيف يمكن مراقبتها وخطة ع مل التي من الممكن أن يحتاجون إليها في المستقبل. من الأهمية إدراك أنه أثناء تصميم هذا المدخل للاستخدام في التجارب الإكلينيكية ، فإن هذه الإستراتيجية العلاجية تستخدم أيضا بشكل روتيني كتدخل للاختيار في خدماتنا الإكلينيكية للأفراد المخطرين. يتم وصف هذه العملية باستخدام نموذج الحالة التالي.

نموذج حالة : عميل معرض للخطر

لديه بارانويا بسيطة ، ونشر للأفكار

Case Example : At – Risk with attenuated paranoia and thought broadcasting

الخلفية ومعلومات التقييم

background and assessment information

جاكوب Jacob شاب يبلغ من العمر 19 عاما ، يعاني من البطالة ، ويعيش مع والديه خلال العامين الماضيين ، بدأ جاكوب يشعر بالشك في الناس ، ووصف شعورا بأن الآخرين – خصوصا الرجال -- يراقبونه ، وأعلن عن أن خبراته قد ازدادت بشكل كبير خلال الشهور القليلة الماضية. ومع الوقت ، بدأ يمر بأفكار أن الناس الذين يراقبونه يريدون عقابه ليلقنوه درسا. في هذه المناسبات ، اعتقد أن أفكاره -- وهي أفكار

جنسية في طبيعتها – سوف يعلن عنها ، وبالتالي يسمع به الآخرون، حيث رأى أن الناس عندما يسمعون بأفكاره ، سيعتبرونه فاحشاً ، وسوف يعتدون عليه بسبب شهوانيته الجنسية.وقد أعلن أن هذا يحدث فقط في الأماكن المزدحمة مثل الأتوبيس وفي الأسواق المحلية. لقد كان واضحا أنه متوتر ، وأن هذه الخبرة قد أحدثت له الحيرة ، والارتباك. كما أعلن أن اقتناعه بهذه المعتقدات قد تباين بشكل كبير ، مما زاد من حيرته وارتباكه. فقد وضع تقديرا لاقتناعه بالمعتقد : " يمكن أن يسمع الآخرون بأفكاري " وهو 70 ٪ ، يزداد إلى 100٪ عندما يكون في الموقع مباشرة ، وأحيانا ينزل التقدير إلى 40٪. كما وضع تقدير لاقتناعه بالمعتقد المتمثل في أن " الاخرون يراقبونني ، وسوف يهاجمونني " وهو 60٪ ، يزداد إلى 99 ٪ عندما يكون في الموقف مباشرة. أعلن جاكوب عن أنه شعر باضطراب بشأن تفكيره الحالي ، وما إذا كانت معتقداته واقعية أم لا ، كل ذلك كان يدور بعقله. من الواضح أن التفسير البديل قد استمال مزيدا من القلق ، حيث كان يعني " أنه سوف يصبح مخبولا " ، أو يفقد صوابه ". انخرط جاكوب في العديد من السلوكيات ليجعل نفسه في مأمن ، ويمنع أفكاره من أن يسمع بها أحد ، وقد اشتمل ذلك على ألا تأتي بخاطره أي أفكار جنسية ، أو يخرج الأفكار من رأسه عندما يكون في وسط الآخرين حتى لا تظهر عليه أي علامة قد تساعدهم على قراءة ما يدور في عقله من أفكار (على الرغم من عدم تأكده من صحة هذه الإرشادات) ، وكان يحاول دائما أن يطأطئ رأسه حتى لا ينتبه إلى نفسه. ولقد كان له صديقا حميما وحيدا يسمى ماتيوس ، أخبره عن هذه الخبرات ، وقد حاول إقناع جاكوب بأنها ليست حقيقة ولكن دون جدوى. ففي الأسابيع التي سبقت استخدام الخدمة ، أصبح مزاج جاكوب منخفضا بشكل كبير ، وعزل نفسه في حجرة النوم ، ورفض أن يقضي أي وقت مع الأصدقاء ، وهذا أدخل إلى قلب أمه القلق ، وأدلى إلى أن يحضر ممارسة العلاج النفسي.

كان جاكوب يصف نفسه بأنه شخص مبدع ، ومحب للتصوير والرسم. كما أوضح أنه تربى في أسرة متشددة دينياً وأعلن عن أن أباه كان شخصا فظا ، وكان متشدد في الرأي أعلن جاكوب أنه يعرف منذ فترة طويلة أنه مولع بالحياة الجنسية ،

وأخبر بذلك أمه وأخته اللذان كانتا داعمتين له ، وطلبا منه عدم ذكر ذلك لأبيه خشية أن أباه سوف يتبرأ منه. في الفترة الأخيرة ، حصل جاكوب على درجات منخفضة في التعليم الجامعي وذكر جاكوب أو أباه كان يقول له دوما أنه خاب أمله فيه لأنه لن يستطيع إتمام التعليم الجامعي. لم يستطيع جاكوب الحصول على عمل بعد تركه الجامعة ، وهذا زاد من هم أبيه وخيبة أمله فيه.

تقييم المخاطر Risk Assessment

أعلن جاكوب أنه فكر في الانتحار ، وأنه مر بخبرة هذه الأفكار لمدة نصف ساعة أو ساعة في كل يوم ، وذكر أنه فكر في الطريقة ، ورأى أن يشتق نفسه لن ذلك سيقضي عليه سريعا ، ولكن لم يفكر في المكان ، والزمان ، وليس لديه بنية حالية لتنفيذ ذلك ، وذكر أن أمه وأخته كانتا عوامل وقائمة ، وأنه لم يريد أن يتركهما لأنه سيفتقدهما كثيرا. كما لم يعلن عن أي خطر يهدد الآخرين. تم الاتفاق على أن نراجع مستوى المخاطر كبند من بنود الأجندة خلال العلاج النفسي.

كمعالج ، فإن من المثير للقلق السؤال عن الخطر الذي يهدد الذات والآخرين خوفا مما قد يظهر ، ولذا ما ينبغي عليك التعامل معه. ومع ذلك ذكر جاكوب أنه لم يسأله أحد عن ذلك من قبل ، خصوصا بشيء من التفاصيل ، وعلى الرغم من مستوى الخطر لم يزداد لديه خلال العلاج النفسي ، فإنه قد رحب بمعرفة أن لديه الفرصة للحديث عنه.

قائمة المشكلات وأهداف العلاج النفسي

Problem List and Goads of Therapy

حضر جاكوب جلساته الأولى (القليلة بانتظام) وأثناء هذه الجلسات الأولى ؛ حدد الصعوبات التالية لقائمة المشكلات الخاصة به.

اعتقاد أن الناس يمكنهم سماع أفكاره.

اعتقاد أن الناس يسعون لمهاجمته.

الشعور بالمزاج المنخفض.

عدم الرغبة في قضاء وقت مع الأسرة.

تم ترجمة هذه المشكلات إلى أهداف :

أن يشعر بعدم الشك في أن الآخرين يسعون لمهاجمته ، وهذا يعني أن يركب الأتوبيس بأمان إلى أن يصل إلى البيت.

أن يفهم الأسباب التي تقف خلف ما حدث.

أن يشعر بأن مزاجه أفضل ، يتراوح بين 7- 10 (حيث إن صفر = الأسوأ ، 10 = الأفضل) ، وهو الآن من 3 / 10.

أن يشعر بالراحة لكونه بين الآخرين خصوصا أفراد الأسرة ، على سبيل المثال ، أن يكون قادرا على مشاهدة التلفاز معهم لمدة نصف ساعة.

أن يشعر بالثقة في نفسه ، والتي يعرفها بالقدرة على أن يشرب مشروبا واحدة في حالة المتعة الجنسية.

الصياغة Formulation

كما ذكرنا ، فإن من الأهمية في بداية عملية العلاج – البدء في بناء مفاهيم الحالة الخاصة لمساعدة جاكوب على فهم كيف ترتبط أفكاره ، ومشاعره ، وسلوكياته معا ، وهذا ييسر أيضا المشاركة ويوجه استراتيجيات التدخل. فقد ذكرنا جاكوب أنه يعتقد أن الآخرين يسمعون أفكاره ، وبالتالي قد يهاجمونه نتيجة لذلك عندما يكون في الأتوبيس أوف ي السوق. ومن خلال المناقشة ، تبين أن هذا الاعتقاد يحدث في أي موقف بدون أي هروب. بداية ، فإن مفاهيم الخاصة بالحالة عبارة عن سلسلة أساسية من الحدث – الأفكار – المشاعر – السلوكيات. ومن خلال استغلال

صياغة بسيطة للبدء ؛ ذكر جاكوب أنه يشعر بالقدرة على استخدام الأحداث التالية التي تحدث بين الجلسات (انظر جدول 4.1).

جدول 4.1 السلسلة الأساسية للحدث – الأفكار – المشاعر – السلوكيات لدى جاكوب

ماذا حدث : في المتجر، كان الرجل الذي يفحص الأشياء وقحا معي.

فيما فكرت : أنه سمع أفكاري وعرف أني مولع بالجنس، ربما جاء ليتابعني.

ما هو شعوري : بالقلق ؛ ألم في المعدة ، والتوتر

ماذا فعلت : طأطأت رأسي ولم أنظر إليه ؛ ولم أتحدث إليه ، وحاولت التحكم في أفكاري ، وطرد أفكاري الجنسية ، وخرجت مسرعا من المحل.

ومع التقدم في الجلسات ، بدأنا بناء صياغة أكثر تعقيدا ، تشتمل على الخبرات الأولى لجاكوب ، والمخططات المعرفية والافتراضات ، الأحداث الحرجة أو الهامة والعوامل البيئية الحالية (انظر الشكل 404). لا يتم دائما عمل صياغة طويلة المدى مبكرا ، أحيانا قد تكون سابقة على أو جزء من التدخل ، لابد من التحكيم الإكلينيكي إذا ما أريد إعداد صياغة تاريخية وأكثر تعقيدا على أساس الفرد ، وعلى مدار التجربة ، تم بناء كل الصياغات في ضوء النموذج المعرفي المناسب للصعوبات. التي يوضحها العميل. لقد تم استخدام نموذج الذهان الذي لخص سابقا مع جاكوب لتفسر تنمية والحفاظ على الصعوبات الحالية ؛ وهذا يعتبر أحد الأهداف الذي حددها جاكوب.

ماذا حدث ؟

جلسة في الأتوبيس ، تدور برأسي أفكار

جنسية ، جاء رجل ونظر إليه مباشرة

كيف فسرت ذلك

بالتأكيد هذا الرجل سمع أفكاري ، وعرف أنني

فاحش ، سوف يتبعني ، ويريد أن يضربني

المعتقدات عن الذات وعن الآخرين

أنا مختلف ، مطرود ، سأعاقب على هذا

الفحش ، أنا فاقد للأمل ، لا قيمة لي ، أنا

سريع التأثر ، يعتقد الناس أن الشذوذ الجنسي

خطأ

ما شعورك ؟

قلق

خائف

مكتئب

ألم في المعدة

التوتر

الخبرات الأولى

التربية الدينية المتشددة

تشدد الوالد في الرأي

التعدي علي في المدرسة

الحصول على درجات

منخفضة في الدراسة

عدم الحصول على وظيفة

ماذا تفعل عندما يحدث ذلك ؟

سلوكيات الأمان : أطأطأ

الرأس (لا أنتبه إلى نفسي).

شدة الحذر (الانتباه الشديد

إلى الناس الموجودين في الأتوبيس).

التجنب : أتجنب الأتوبيسات

وغيرها من الأماكن.

التحكم في الأفكار : أحاول ألا أفكر

في أفكار جنسية.

أراقب أفكاري لطرد الأفكار الجنسية.

الشكل 4.4. صياغة حالة طويلة المدى للبارانويا البسيطة ونشر الأفكار لدى عميل معرض لخطر تنمية الذهان.

على مدار حياته ، مر جاكوب بعدد من الأحداث التي أثرت في الكيفية التي يرى بها نفسه ، والآخرين والعالم من حوله ، فقد ترعرع في بيئة منزلية متشددة دينيا ، منعته من القيام بأنشطة معينة مع أقرانه ، وكان عليه أن يتكيف مع العديد من القوانين المنزلية التي جعلته يبدو كشخص مختلف عن رفاقه. شعر جاكوب أن هذا هو السبب في تأسد الآخرين عليه في المدرسة ، وبالتالي شعر بأنه لا يستطيع التكيف في المدرسة على الرغم من المحاولات التي يبذلها في ذلك ، وهذا قد أدى به إلى الشعور بالعزلة ، وأنه عرضة للهجوم عليه وعلاوة على ذلك ، فإن نتيجة الامتحانات ، وعدم حصوله على وظيفة ، وخيبة الأمل لدى والده فيه ؛ كل ذلك جعله يعتقد : " أنا فاقد الأمل ، أنا لا قيمة لي ". أعلن جاكوب أيضا أن أباه كان لديه اعتقاد راسخ بسقوط المجتمع ، ورأى جاكوب أن السبب في هذا السقوط هو اللواط ، وأن هذا اللواط يعاقب الرب عليه ، وهذا خطأ " ، و " أنا سوف أعاقب بسبب ما أفعله من لواط ".

بعد التقييم ، يضع المعالجون فروضا عن شكل الصياغة ، وكيف يمكن بشكل تشاركي مع العميل بدلا من تقديمه للعميل على أنه نسخة محددة لمشكلاته. ينبغي على المعالج أن يستفيد من الحوار السقراطي يمكن العميل من الفهم للصعوبات التي يمر بها ، ويؤدي أيضا إلى ملكية الصياغة.

التدخلات Interventions

بعد اتخاذ القرار بشأن قائمة المشكلات والأهداف ؛ وتنمية فهم جاكوب للصعوبات وعوامل المحافظة ؛ تتم مناقشة استراتيجيات التدخل ، واختيارها بناء على الاستراتيجيات التي تحقق النجاح السريع وتؤثر على جودة الحياة ، وهذا له أهميته الخاصة مع العملاء " المخطرين " الذين قد يكونوا مترددين بشأن الاندماج في العلاج (خصوصا وأن بعض العملاء يرون ذلك على أنه تأكيد على أنهم سوف يصبحون مخبولين إذا ما خضعوا للعلاج) لمساعدتهم على رؤية التغيرات التي يمكنهم الحصول عليها وتحقيقها خلال فترة زمنية قصيرة إذا ما استمروا في العلاج بشكل منتظم. وعلى

هذا الأساس ، فمن الممكن أن يقوم المعالج – في الغالب – باختصار استراتيجيات التدخل الأولى ، على سبيل المثال تقديم المعلومات بشكل طبيعي ، خصوصا وأن الهدف هو التقدم السريع في الجلسات القليلة الأولى.

تطبيع المعلومات Normalizing Information

في بداية العلاج ، غالبا عن تحقيق الأهداف ، فإن تزويد العميل بالمعلومات الطبيعية هام للحد من التوتر ، وتقليل آثار الجرح الذاتي ، والمساعدة على المشاركة. شعر جاكوب بالحيرة نتيجة هذه الخبرات، ومع الوقت عندما بدأ معدل الاعتقاد يتناقص ، اعتقد أن هذه الأفكار كانت تعني أن " هذه بداية الخبل أو الجنون ". (انظر جدول 4.2).

جدول 4.2 سلسلة خاصة من الأحداث – الأفكار – والمشاعر – والسلوكيات لدى جاكوب

ماذا حدث : أحيانا أعتقد أن الناس قد سمعوا عن أفكاري ويطاردونني.

ما دار بخلدي : " هذه بداية الخبل / الجنون " ، أكيد هناك شيء خطأ " ، " أنا الوحيد الذي أفعل ذلك ، أكيد أنا مجنون ، يبدو علي الجنون وهذا ما يراه الآخرون في ".

ما هو شعوري : التوتر ، القلق ، الخوف ، الرعب ، ألم في المعدة.

ماذا أفعل : أخبر المقربين مني فقط عن هذه الأفكار ، لا أخرج أنظر حولي لا أرى ما إذا كان الناس ينظرون إلي (لا أرى ما إذا اعتقدوا بأنني مجنون) أقضي وقتا أطول في التفكير فيما ألبسه ، أحاول إبعاد الأفكار عن راسي.

لم يعرف جاكوب أي شخص آخر لديه مثل هذه الأفكار ، وخوف الأصدقاء الواضح عليه جعله يفكر " أكيد هناك شيء خطأ ، أنا الوحيد الذي أفعل ذلك ، أكيد أنا مجنون " ، علاوة على ذلك ، اعتقد جاكوب أنه يبتعد عن الجمهرة ، وأنه يبدو مجنونا في أعين الآخرين. كما اعتقد أنه إذا ما وضعته بين مجموعة من الناس ، فإنه يبدو غريبا ومختلفا عنهم ، وسينظر إليه الآخرون على أنه مخبول ، بسبب الطريقة التي يرتدي به ملابسه ، كما أنه اعتقد بأنه ضعيف ومخبول ، وهذا قد أدى إلى إستراتيجيتين من استراتيجيات التدخل حول التطبيع. كان الهدف من إستراتيجية التدخل الأولى تزويد جاكوب بالمعلومات عن الأفكار المربية (Morrison et al., 2008, Freeman et al, 2006) ، مثل ماهية هذه الأفكار المربية ، الأشكال المختلفة التي تتخذه هذه الأفكار ، ومن ثم المستويات المختلفة من القلق التي تنتج عن هذه الأفكار ، والفرق في التكرار بالنسبة للناس. قبل تلقي هذه المعلومات ، قام جاكوب بتقدير معتقداته " أنا مجنون " بنسبة 90٪. بعد هذه المعلومات ، عبّر جاكوب عن دهشته من عدد الناس الآخرين الذين قد تكون لديهم خبرات مماثلة ، وقدر اعتقاده بنسبة 30٪ ، موضحا أنه برغم عدم شعوره بأنه هو الوحيد في هذه الخبرات – كما كان يعتقد من قبل - إذا لم يكن مجنونا ، ما هذا إذا ، ولماذا يحدث. وهذا قد استثار مناقشة عن الخبرات الحالية مثل الامتحانات في الجامعة ، ومن ثم من الممكن البدء في توليد تفسيرات بديلة مع جاكوب ، ومساعدته على إجراء تحليل قائم على الأدلة.

أما إستراتيجية التدخل الثانية ؛ فقد استخدمت التغذية الراجعة المصورة لجاكوب وهو يمشي في شارع الأتوبيس. على الرغم من الشك في هذه الإستراتيجية في البداية ، إلا أن جاكوب أدرك أنه لم يرى نفسه من قبل ، وبالتالي فليس لديه أي دليل على معتقداته. فقد كان الاعتقاد السائد لديه أنه يبدو مختلفا للآخرين بسبب الطريقة التي يرتدي بها ملابسه ، وطريقته في المشي (80 ٪). كما وافق على عرض الفيديو على أربعة زملاء للمعالجين لسؤلهم عما إذا كانوا قد رأوا أناسا آخرين يمرون – حسب اعتقادهم – بصعوبات الصحة العقلية. لقد تنبأ جاكوب بأن المعالجين الأربعة سوف يختارونه. منذ النظرة الأولى للفيديو وهو يعرض مرة أخرى ، ضحك

جاكوب وقال " لا أستطيع أن أرى أين كنت ". فقد أدرك أنه يلبس بنفس الطريقة التي يرتدي بها الآخرون ملابسهم ، وأن لكل شخص طريقته الخاصة ، وأسلوبه في المشي الذي يختلف عن الآخرين. خصوصا بين الأفراد في الفيديو. لم يختار المعالجون أحدا على أنه مختلف اختلافا تاما ، أو أنه مخبول أو ضعيف ، حيث قال المعالجون " فيما يبدو أن هذا شارع مزدحم بالناس الذين يندفعون هنا وهناك ". أعلن جاكوب أنه لم يعد يعتقد أن الناس يرونه على أنه " مجنون " (النسبة = 0 ٪) ، ففي الحقيقة ، كان جاكوب يبدو مثل الآخرين.

من الممكن أن تشتمل استراتيجيات التطبيع على تنمية الصياغة سواء عند المحافظة الأساسية أو عند المستوى التاريخي المعقد لمساعدة العملاء على البدء في فهم كيف يمكن للخبرات الماضية أن تؤثر على معتقداتهم الرئيسية ، وفرضياتهم ، ومن ثم البدء في تقديم مبررات لهذه الخبرات ، ومن خلال ذلك يتم خفض التوتر. بالإضافة إلى ذلك ، من الممكن أن يقدم المعالجون للعملاء خبرة طبيعية من خلال سلوكهم الذي يتسم بالهدوء والتعاطف ، وعدم إصدار الأحكام ، وعدم تحدي معتقداتهم بل قبولها ، ويكونوا شغوفين بمعرفة ماذا ، ولماذا ، وأين وكيف عن هذه المعتقدات.

نشر الأفكار Thought Broadcasting

وضع جاكوب تقديرا لاعتقاده بأن الآخرين يمكنهم سماع أفكاره بنسبة 70٪ في معظم المرات ، ويرتفع هذا التقدير إلى 100٪ في الموقف بعدما يعتقد أن هذا الأمر قد حدث (انظر جدول 4.3).

جدول 4.3 سلسلة من الأحداث – الأفكار – المشاعر – والسلوكيات لدى جاكوب.

ماذا حدث : في الأتوبيس ، ينظر الرجل إلي مباشرة.

ماذا أعتقد : لقد سمع أفكاري وعرف أني فاحش ، ربما هذا الرجل سوف يطاردني.

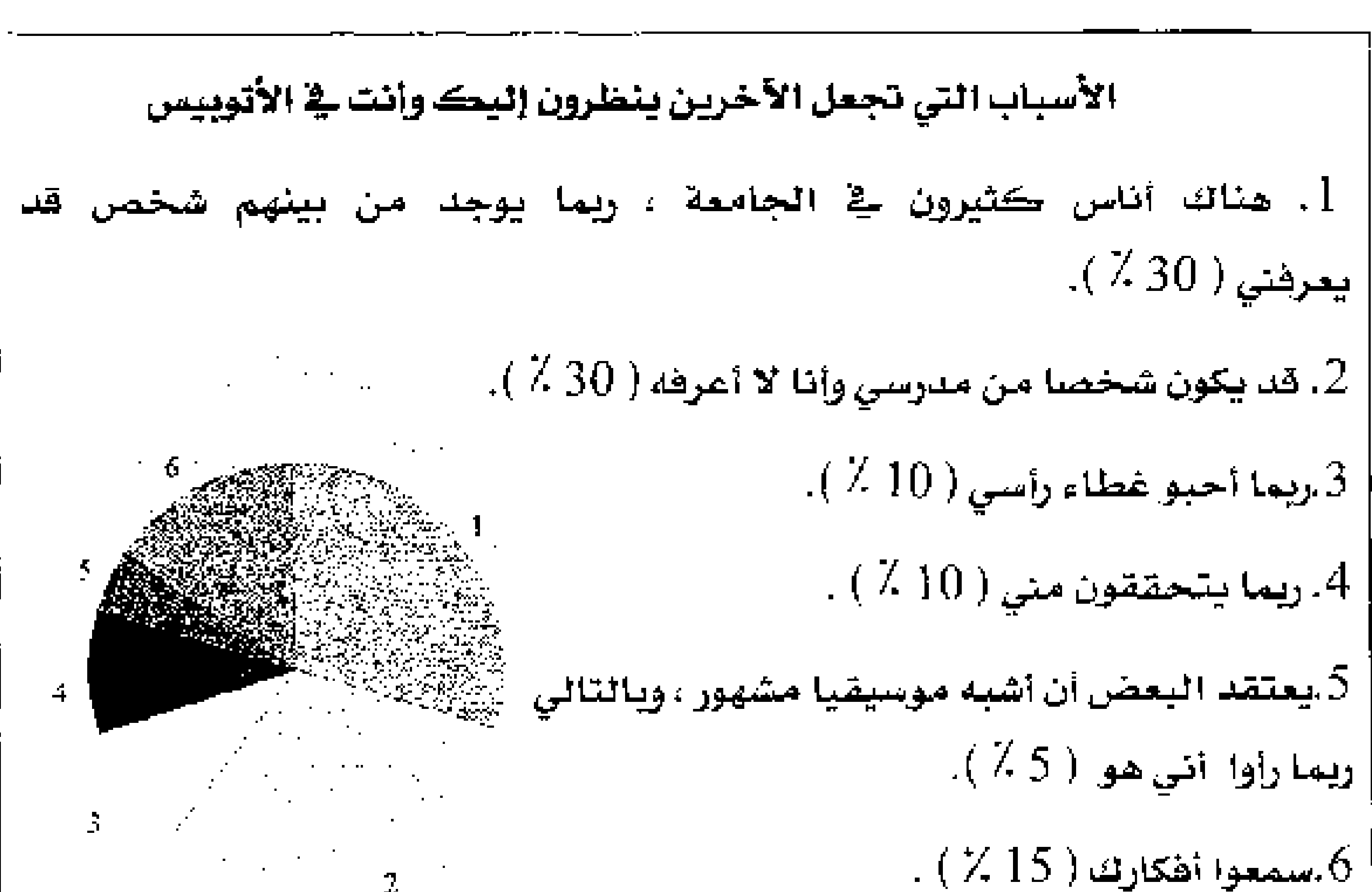
ما هو شعوري : قلق ، ألم في المعدة.

ماذا أفعل : أطأطئ الرأس ، لا أنظر إليه ، أحاول التحكم في أفكاري ، أطرد الأفكار الجنسية من رأسي ، أنزل من الأتوبيس سريعا.

هذه الصياغة تشير إلى مجموعة من استراتيجيات التدخل. في البداية ، كان من المفيد الاعتماد على التدريب السريع الذي ينظر إلى إستراتيجية كبت الأفكار حالية لجاكوب لإظهار الطبيعة المعاكسة للإنتاجية لإستراتيجية الضبط الحالية لديه. وضع جاكوب تقديرا لاعتقاده في هذه الإستراتيجية عند 90٪. سؤال جاكوب عن حيواناته المفضلة ، وفريق كرة القدم الذي يفضه ، (فريق مانشيستر سيتي) ، ثم طلب منه ألا يفكر في فانلة هذا الفريق لمدة دقيقة ، أعلن جاكوب -- كما هو متوقع – أنه كلما حاول أكثر في عدم التفكير في الفريق ، كلما اندفع التفكير فيه بشدة إلى رأسه ، ووجد من الصعوبة التخلص من صورة الفريق. عند ربط هذا بأفكاره ، استطاع جاكوب فهم أنه كلما حاول إخراج هذه الأفكار من رأسه ، كلما ارتدت هذه الأفكار ، الأمر الذي يجعلها تتكرر ، وبالتالي يصعب محوها. بعد ذلك ، طلب من جاكوب أن يكون في رأسه صورة فانلة الفريق ، ولكن لا ينفعل معها بأن يخرجها من رأسه ، ولكن يتركها وحدها خافتة ، ويبدأ يفكر فيما خطط له بقية اليوم. وعندما ربط ذلك بالأفكار ، استطاع جاكوب أن يرى كيف أن التغيير في الإستراتيجية قد يقلل من تكرار أفكاره ، ويقلل من التوتر. ونظرا رغبة جاكوب أن يمارس هذا خلال الأسبوع ، تم جعل هذه المهمة كواجب منزلي.

أما المهمة التالية ، فتتمثل في توفير عدد من البدائل مع جاكوب فيما يتعلق ب " لماذا ينظر إليك الناس وأنت في الأتوبيس ؟ ". لكي نجعل هذا التدريب مرئيا لجاكوب ،

تم عمل هذه الخريطة الدائرية ، كما هو موضح في الشكل (4.5) ، حيث تم إعطاء كل تفسير بديل نسبة 100٪ ، للتأكد من أن تفسيره " أنه قد سمع أفكاري " يأتي تقديره مؤخرا. أعلن جاكوب أنه قد وجد هذا التدريب مفيدا ، حيث إنه لم يعتبر عدد الأسباب الموجودة لعله نظر الآخرين إليه وهو في الأتوبيس.



الشكل (4.5) خريطة دائرية لتوضيح كل التفسيرات البديلة التي تم وضعها .

عندما تم توليد عدد من البدائل أصبح من الممكن إذا أخذ هذه التفسيرات بدورها والبدء في اعتبار الأدلة التي قد تدعمها / أو لا تدعمها (انظر جدول 404). بعد هذا التدريب ، أعطى جاكوب تقديرا للاعتقاد بأن الآخرين يمكن قراءة أفكاره – 15٪ ، ومع ذلك ذكر أنه في الموقف يزداد هذا التقدير إلى 50 ٪ (أقل من 100 ٪). عند هذه النقطة ، كان من الأهمية التشكك (وليس تحدي) الميكانيزم مع جاكوب ، كيف يمكنهم سماع أفكارك ؟ هل أفكارك لها صوت مرتفع ؟ هل يسمع هذه الأفكار الجميع أم أفراد بعينهم ؟ إذا كانت الأفكار لها صوت مرتفع ، ويمكن نشرها ، فلما يسمعها أفراد بعينهم وليس الجميع ؟

هناك تجربة واحدة داخل الجلسة التي أجريت مع جاكوب تنطوي على استخدام المملاة (دكتافون) لتسجيل هذه الأفكار. أعلن جاكوب أنه يعتقد بأن أفكاره ليس لها صوت مرتفع ، ولكن من الممكن التقاطها عن طريق أداة تكنولوجية. طلب من جاكوب التفكير في أفكار معينة (محايدة أو انفعالية) بشكل متكرر لمدة دقيقة في الوقت الذي يتم فيه تسجيل الجلسة باستخدام الدكتافون. طلب جاكوب أن يكون الدكتافون بالقرب من رأسه حتى يستطيع التقاط الأفكار. من الأهمية بمكان أن يصبح واضحا أن الجلسة ليست عما إذا كان المعالج يسمع الأفكار ، حيث إن بعض العلماء لا يثقوا في أن يعطيهم الإجابة الصحيحة. تم تشغيل الدكتافون مرة أخرى لجاكوب ، وأعلن عن دهشته من أنه لم يلتقط أي فكرة من رأسه ، عندئذ أعطى لاعتقاده المتمثل في أن الآخرين يمكنهم سماع أفكاره – رتبة صفر ٪ ، ومع ذلك في الجلسة التالية ؛ أعلن عن زيادة هذه الرتبة إلى 30 ٪ في الموقف ثم تناقضت مرة أخرى إلى صفر ٪ بعدما استخدم الأساليب التي تناقشنا فيها.

جدول (4.4) مثال على الدليل الذي يؤيد ويعارض ما هو مكتوب في الورقة

المعتقد المراد دراسته : قد يكون شخصا من المدرسة لا أعرافه .

المزاج ذو الصلة : الشعور بالراحة.

تقدير الاعتقاد : 30

الدليل الذي يؤيد	الدليل الذي يعارض
يوجد أناس كثيرون في المدرسة	يبدو أنه سمع أفكاري
أنا لا أعرف كل من هم في المدرسة	
أنا منطوي على نفسي في المدرسة ؛ وبالتالي قد لا أعرف كل من هم في فصلي.	
أنا لا أتحدث إلا إلى شخص واحد فقط المدرسة.	

كل من هم في المدرسة يعيشون في نفس المنطقة التي أعيش أنا فيها.

إعادة تقدير الاعتقاد : 60

الأفكار البديلة : ربما كان الشخص ينظر إلي لأنه يعرفني من المدرسة ، وربما زال يعيش في نفس المنطقة ، وأنا لا أعرف كل من هم في المدرسة وبالتالي قد لا أعرفه.

أجريت تجربة أخرى داخل الجلسة بهدف البحث في نتائج نشر الأفكار بشكل مدروس وملاحظة ردود فعل الآخرين. طلب من جاكوب التفكير في بعض الأفكار التي قد تستثير ردود فعل من الآخرين. قرر جاكوب أنه يذهب إلى الأتوبيس مع المعالج ، وفي رأسه فكرة أن " هناك قنبلة في الأتوبيس " أعلن جاكوب أنه إذا ما سمع الناس أفكاره ، فإنه سوف يطلبون من السائق التوقف ، وينزلون جميعا من الأتوبيس ينظرون إليه لمدة 5 دقائق ، ونزل من الأتوبيس عدد قليل منهم في المحطة ، وبالتالي أعلن جاكوب أن هذا يؤكد على أن أحدا منهم لم يسمع أفكاره.

الريبة والبارانويا Suspiciousness and Paranoia

أعلن جاكوب أنه في بعض الأحيان أثناء السير طول المنزل ، فإنه يشعر بأن أحد يراقبه ، ويريد التحدي عليه. أعطى جاكوب لهذا الاعتقاد ، والمتمثل في أن " الناس يراقبونني ويريدون التحدي علي لأنن فاحش " تقديرا يتراوح بين 60 خارج الموقف ، و 99 في الموقف. وفيما يتعلق بالأهداف ، كانت هناك رغبة من جاكوب في خفض اقتناعه بهذا الاعتقاد ، لذا بدأنا البحث في هذا الاعتقاد بإعداد صياغة (انظر جدول 4.5).

جدول 4.5 صياغة لجاكوب

ماذا حدث : أثناء السير طول البيت ، رأيت شخصا يتبعني .

فيما فكرت : الناس يراقبونني ليروا إلى أين أذهب ، ويتبعونني ليتعدوا علي لأنني فاحش.

ما هو شعوري : خائف ، مرعوب ، قلق ، أجد ألما في البطن.

ماذا أفعل : ألبس ملابس سوداء ، أطأطئ الرأس ، لا أنظر في عين أحد ، أسير إلى بيتي مباشرة ، أغير طريقي إلى البيت ، أسير مسرعا ، أغلق علي بابي.

في البداية ، كان من المفيد النظر إلى الأدلة التي تؤيد وتعارض هذا الاعتقاد ، هناك مثال على هذه الأدلة في جدول 4.2. تظهر إجابات جاكوب تناقضا معرفيا في أفكاره ، على سبيل المثال ، يشعر بأنه مختلف عن الناس ، ولكن كان هناك الدليل من التغذية الراجعة من خلال الفيديو الذي استكمل سابقا في العلاج للاعتماد عليه.

جدول 4.2 التحليل الإثباتي للاعتقاد الاضطهادي لدى جاكوب

الدليل المؤيد	الدليل المعارض
سمعت عن أناس تم الاعتداء عليهم في هذا المكان.	كنت أسير في هذا المكان طيلة حياتي ولم يهاجمني أحد.
لا يحب الناس اللواط ، وبالتالي يرون معاقبة فاعله.	أعرف الكثير في هذا المكان وكلهم يعاملونني بود ، ويلقون علي السلام.
أحيانا أشعر بأنني مكشوف على الناس في هذا المكان ، وسوف يعرفون أنني فاحش	كل من تم مهاجمتهم أناس يتعاطون المخدرات وأنا لا أفعل ذلك. أظهر لي الفيديو أنني أبدو مثل الآخرين ، ولا يبدو

(لواطي).	علي أي اختلاف ، وبالتالي كيف يعرفون أني لواطي فاحش. هناك أحداث كثيرة في العالم مثل الاحتفالات للواطيين ، ولا يهاجم أحد . خلال هذا العام لم يحدث أي اعتداء على لواطي. سمعت عن واحد فقط هذا العام من 60 مليون في المملكة المتحدة.

وبعد ذلك ، أعطى جاكوب لاعتقاده بأن الناس يراقبونني ويريدون الاعتداء علي لأني فاحش " تقديرا 45 ٪ ، إلا أنه أعلن بعد ذلك أنه في الموقف يرتفع التقدير إلى 80 ٪.

أما إستراتيجية التدخل الأخرى المستخدمة مع جاكوب فهي عبارة عن استبيان عن استحقاقه الهجوم عليه بسبب شهوته الجنسية. فالاستبيان أسلوب مفيد لجمع المعلومات عن مدى آراء الناس ومعتقداتهم. هذا الاستبيان ليس عن إثبات بطلان المعتقدات الدينية للشخص ولكن الغرض من تزويد جاكوب بوجهة نظر أوسع. تلك الأسئلة التي يرغب جاكوب في طرحها معروضة في جدول 4.3 ، وتم إرسالها إلى مجموعة من المعالجين (كل الزملاء من المعالجين ، إلا أن 25 منهم فقط أعاد الاستبيان ورد عليه). هذا الجدول يظهر النسب المأمولة والفعلية لجاكوب. كما قرر جاكوب أيضا أنه قادر على سؤال أمه وصديقه ماتيوس عن آرائهما ، وهذه خطوة جريئة من جاكوب ، وقد تكون علامة على زيادة مزاجه ، وتقديره لذاته.

جدول 4.3 مثال على الاستبيان الذي تم إجراؤه

السؤال	المتوقع ٪	الفعلي ٪
1- هل لك صديق لواطي أو تعرف شخصا لواطيا ؟	نعم 20 لا 80	80 20
2- هل اللواطيون يخفون لواطيتهم عن بقية الأفراد في الأسرة ؟	نعم 90 لا 10	5 95
3- هل تعتقد أنه ينبغي معاقبة اللواطيين ، مثل الهجوم عليهم ؟	نعم 100 لا صفر	صفر 100
4- هل تعتقد أن اللواطيين يستحقون اي شيء يحدث لهم ؟	نعم 90 لا 10	صفر 100
5- هل تعتقد أنه ينبغي قبول اللواطيين في المجتمع ؟	نعم 100 لا صفر	95 5 ويرجع ذلك إلى الأمور الدينية

عبر جاكوب عن دهشته من نتائج هذا الاستبيان. فقد توقع جاكوب أن تكون لدى كل الناس آراء قوية عن رهاب المثلية Homophobia ، وهذا يتعارض بشكل واضح مع آراء والده ، والمحيطين به أثناء طفولته. قدمت أمه وصديقه آراء مماثلة لتلك المعروضة في جدول 304 ، الأهم هو ان جاكوب شعر بأن اللواطيين لا ينبغي معاقبتهم.

لم يدرك جاكوب أن الناس لا يعتقدون في معاقبة اللواطيين ، أو أنهم يستحقون ما يحدث لهم من سوء ، وبدأ يتساءل عن سبب الاعتداء عليه لأنه لواطي. وفي التحليل الإثباتي ، أضاف أن معظم الهجمات أو الاعتداءات في المكان ، لم تكن موجهة صوب اللواطيين ، لكن تجاه متعاطي المخدرات بدأ جاكوب في تحول بسيط في اعتقاده حول

استحقاقه للعقاب بسبب شهوته الجنسية ، وهذا نتج عنه تحولا في الاقتناع بالاعتقاد بأنه سوف يهاجم أو يعتدي عليه (30 ٪ خارج الموقف ، وترتفع إلى 60٪ في الموقف).

التجربة السلوكية Behavioral Experiment

بسبب اعتقاد جاكوب بأن الآخرين يراقبونه وسوف يعتدون عليه ، بدأ في توظيف عدد من سلوكيات الأمان في الموقف عند الخروج ، وتشتمل هذه السلوكيات على ارتداء القلنسوة (غطاء الرأس) ، ارتداء ملابس سوداء ، النظر إلى الأرض ، وعدم النظر في عين أحد ، وتغيير الطريق الذي يذهب فيه إلى المكان الذي يريده. لذا ، لكي يستكمل هذا الجزء من العمل ، من المهم تنفيذ تجربة سلوكية لمساعدة جاكوب على رؤية الطبيعة عكس الإنتاجية لسلوكيات الأمان التي يستخدمها.

عند إجراء تجربة سلوكية ، من الأهمية التأكد من أن الصياغة مفصلة على قدر الإمكان " فالشيطان في التفاصيل ". إذا لم تتحقق من كل سلوكيات الأمان التي يقوم بها العميل في الموقف المخيف ، ففي نهاية التجربة ربما يمر العميل بخبرة القليل من التوتر ، ولكن يعزى هذا لسلوكيات الأمان غير المحددة ، وبالتالي ينبغي إعادة التجربة مرة أخرى. نظرا لأن العملاء قد لا يكونوا في بعض الأحيان على وعي بكل سلوكيات الأمان لديهم ، فمن المفيد السؤال عما إذا كانوا يقومون بسلوكيات تشبه تلك التي يقوم بها أناس يعرفونهم ، على سبيل المثال ، السير سريعا ، ارتداء نظارة شمسية أو قبعة. بالإضافة إلى ذلك ، قبل الدخول في التجربة ، من المفيد للعميل الدخول إلى الموقف المخيف بهدف اكتشاف كل سلوكيات الأمان لديهم . وعندما قمنا بذلك مع جاكوب ، اكتشف أنه يضع يده في جيبه لأنه يخاف على يديه ، وعلى الرغم من أنه يطأطئ الرأس ، إلا أنه كان شديد الحذر من أصوات الآخرين حوله. كما أعلن أيضا أنه كان يركز دوما على أفكاره ومشاعره (تركيز داخلي للانتباه). من الأهمية بمكان اعتبار دور المعالج في التجربة ، حيث إن بعض العملاء من الذكور سوف يتجرءون فقط عندما يكونوا مع صديقه حيث يرون أن ذلك يمنع عنه الهجوم.

لذا ، ينبغي أن تراجع مع العميل اعتقاده بشأن دورك ، إذا كان هذا الدول من الأمان ، إذ ينبغي التفكير في خيارات أخرى ، على سبيل المثال ، يظل المعالج في المخالف ، ويستخدم الموبايل للتواصل (على الرغم من أن استخدام الموبايل سلوك أمان شائع). وبوجه عام ، فإن التغذية الراجعة تتمثل في أن المعالج يميل إلى الابتعاد ، ويجعل العميل يشعر بأنه واضح للآخرين.

أعلن جاكوب أن من الشيء الطيب أن " يرى ما يحدث ، ويجربه " ، ووافق على الدخول إلى الموقف المخيف مرتين لمدة 10 دقائق كل مرة ، ففي البداية ، قام بتنفيذ كل سلوكيات الأمان ، ثم ابتعد عنها جميعا بعد ذلك اتفقنا على مراقبة توتره واقتناعه بتقديرات اعتقاده في 3 ، 6 ، 9 دقائق خلال كل تجربة. علاوة على ذلك ، وافق جاكوب على التصوير بالفيديو في كل تجربة ليلاحظ ردود فعل الآخرين ، وردود فعله هو ذاته. اتفقنا أيضا على عدم وجود فترات راحة أو مناقشة بين فترتي التجربة ، إلا مجرد مراجعة سريعة للتأكد من قدرته على الاستمرار ، حيث إن الاستراحة — مع الوقت — يمكن أن تفقد أي تغيرات في تقديرات التوتر مصداقيتها. جدول 4.6 يعرض ملخصا للتجربة الشيء الملفت للنظر هو أن جاكوب أعلن أن لديه معتقدات معينة عن سلوكيات الأمان مثل " لبس الملابس السوداء يواريني عن أنظار الآخرين " ، " لبس القلنسوة يخفيني عن أعين الآخرين ". من الواضح أن بعض العملاء لا يوافقون على المشاركة في التجربة السلوكية. من المفيد في مثل هذه الأوقات الاستفادة من المجازات ، على سبيل المثال ، القرويون ومصاصو الدماء. ومن المفيد أيضا إجراء تحليل إثباتي من المعتقدات التي تتعلق بالكيفية التي تجعلهم سلوكيات الأمان في أمان. وبعد مناقشة مميزات وعيوب التصوير بالفيديو ، وافق جاكوب على أن هذا التصوير سوف يمدنا بمعلومات ثرية عن معتقداته بخصوص سلوكيات الأمان.

جدول 4.6 مثال على تفاصيل وبناء التجربة السلوكية

الهدف	النشاط / الأفكار
تجربة لاختبار الأفكار.	السير حول المبنى في طريق حدد من قبل لمدة 20 دقيقة كلية.
المعتقدات المراد اختبارها ، وتقديرات الاعتقاد.	" أحتاج إلى حماية ، فأنا مراقب وربما أهاجم (65% في الموقف.
الشعور ذو الصلة.	القلق (80 %) ، الخوف.
المعتقدات في سلوكيات الأمان وتقدير الاعتقاد.	لبس كل الملابس السوداء / القبعة / وضع اليدين في الجيوب / طأطأة الرأس – كل ذلك يخفيني عن الأعين (95 %).
	عدم النظر في أعين احد يجعلني في امان (100%)
التنبؤ بما سوف يحدث.	تنفيذ كل سلوكياتي سيجعلني في مزيد من الأمان.
	عدم فعل ذلك سيجعل شخص ما يتعرف علي ، ويتبعني ويستفزني لبدء شجار معي.
المشكلات المحتملة	لم أعد في مأمن وسوف يزداد قلقلي إلى عنان السماء ، لا أستطيع المجابهة ، واريد ان أعود إلى بيتي .
الاستراتيجيات للتعامل مع المشكلات	أخبر نفسي أن هذا سوف يساعدني على معرفة ما إذا كانت سلوكياتي تجعلني في أمان ، وإن هذا ربما يبدو سيئا في البداية ؛ ولكن ربما يساعدني على الشعور بأنني

	أفضل.
التجربة الأولى : تنفيذ كل سلوكيات الأمان	
	9 6 3 0
تقدير التوتر	85 90 95 80
تقدير الاعتقاد	75 75 80 90
التجربة الثانية : التخلي عن كل سلوكيات الأمان	
	9 6 3 0
تقدير القلق	50 55 75 90
تقدير الاعتقاد	55 60 75 95
قيد التجربة الأولى	100 – 95
بعد التجربة الأولى	85 – اعتقد انها ستجعلني أكثر قلقا ، انا لست متأكدا من نفعها
بعد التجربة الثانية	40- " شعرت بالقلق في البداية ، ولكنه تناقص على الفور ، لم أكن

	متأكدا من أنها ستجعلني في أمان بالمرة ، عندما قمت بتنفيذها ، لم أستطيع التركيز على أي شيء آخر ، فقد كنت أركز على نفسي ، فلم أرى ما يدور حولي.
إعادة تقييم الاعتقاد الأصلي	45%

التفسيرات البديلة ونواتج التعلم

عدم تنفيذنا أيا من سلوكيات الأمان لم ينتج عنها أن هاجمني أحد كما كنت أعتقد. أنا أبدو حقيقة غير واضح عندما لا أنفذ سلوكيات الأمان عنه عندما أنفذها.

لو أن أحد يراقبني ، وسوف يهاجمني ويعتدي علي ؛ إذا لن تنفعني سلوكيات الأمان هذه.

لا يعني أن تكون لدي أفكار ومشاعر معينة أن هذه الأفكار والمشاعر سوف تحدث أو تكون حقيقية ، فهي لا تخرج عن كونها مجرد أفكار ومشاعر.

الأشياء التي أقوم بها تجعلني أؤمن أكثر بأفكاري وتجعلني أكثر قلقا ، وعندما لا أقوم بها أشعر بأنني أقل توترا.

إن عدم التركيز على أفكاري ومشاعري بخصوص ما يدور حولي يجعلني أقل توترا.

تقييم المعتقدات الرئيسية Evaluation of core Beliefs

أثناء الجلسات القليلة الأخيرة ، أراد جاكوب التركيز على بعض معتقداته الرئيسية. نظرا لأداء جاكوب الجيد حتى الآن في العلاج النفسي ، وتحقيقه لتقدم ملموس ، أصبح من المهم التأكيد له أن التغير في المعتقدات الرئيسية عملية متدرجة وتحتاج إلى وقت. للبدء في العملية ، أخذنا ما حدث حديث وجده غير محدث للتوتر ، ثم استخدم أسلوب السهم النازل ، باستخدام السؤال " ماذا يقول .. عنك ؟ " ، " ماذا يعني .. لك ؟ ". في البداية ، استطاع جاكوب تحديد معتقد رئيسي واحد " أنا لا قيمة لي " ، والذي قد ظهر في العديد من المواقف ، لقد بدأت عملية النظر إلى هذا الاعتقاد وبفحص جاكوب للأدلة ، والمتمثلة في أن المعتقد " أنا لا قيمة لي " ليس حقيقي 100 ٪ في كل المرات أو الأوقات. بدأ جاكوب بالتفكير في أي دليل ممكن من الماضي ، يتناقض مع هذا المعتقد الرئيسي. من الواضح أن هذه كانت مهمة صعبة ، حيث إن هذا الاعتقاد كان لديه لفترة طويلة من الزمن ، بعد ذلك – وخارج الجلسة – جمع جاكوب دليل واحد يوميا ولمدة أسبوع بين الجلسات. بعد ذلك ، بدأ في جمع دليلين أو ثلاثة أدلة في اليوم طيلة الأسبوع التالي. جدول 404 يوضح مثالا للأدلة التي استطاع جاكوب فحصها. عند البدء في هذا التدريب مع جاكوب في الجلسة ، بدأنا بمناقشة التحيزات الموجودة ، وميله الآلي للتقليل من الأدلة التي تتحدى اعتقاده الرئيسي ، ولكن قدرته على الاستدعاء الواضح حتى الخبرات السلبية البسيطة في الماضي والحاضر والتي تدعم معتقده الرئيسي. ونتيجة لذلك ، كان جاكوب قادرا على تضمين كل الأدلة مهما كانت صغيرة أو ليس لها علاقة بالموضوع. وفي النهاية استطاع جاكوب إعادة تقدير معتقداته المتمثل في " أنا شخص لي قيمة " من صفر إلى 25 ٪ كما أدرك تحيزاته في غض الطرف عن الأدلة دعما لهذا المعتقد ، وكان مستعدا للاستمرار في العمل في ضوء هذا المعتقد. الشيء المهم أن جاكوب شعر بأنه قادر على تطبيق هذا الأسلوب على المعتقدات الرئيسية الأخرى التي لديه عن نفسه. يمكن أن تجد كقارئ مزيدا من المعلومات عن إعادة تقييم المعتقدات الرئيسية في الفصل الأول.

جدول 4.4 مثال على بعض الأدلة المتناقضة لدى جاكوب عن اعتقاده الرئيسي :
" أنا شخص لا قيمة له "

	تشير الأدلة أو الخبرات إلى أن هذا ليس بصحيح 100 % في كل وقت
الأدلة في الماضي	لقد كنت أنا وماتويس صديقين حميمين لفترة طويلة ، واستطعت الحفاظ على هذه الصداقة. لقد أتممت مستويين في الدراسة. لقد تلقيت إطراء بسبب صورتي الفوتوغرافية.
الأدلة في الوقت الراهن (يتم جمعها يوميا)	طلبت مني أختي مساعدتها في الواجب المنزلي. قمت بمساعدة أمي في غسيل الأواني. اتصل بي ماتيوس ليطلب مني الحضور لتناول العشاء معا ، وقال أنه يستمتع بالجلوس معي. ملأت استمارة في مركز توظيف ، حيث رأوا أن معي سيرة ذاتية جيدة ، ومن الممكن الحصول على عمل على الفور. طلب مني جارتي أن أساعدها في المشتريات ، وقامت بإعداد كوبا من الشاي لي ومشينا معا لفترة طويلة. أنا أتسوق لأسرتي. أظهرت لماتيوس بعض الصور التي التقطتها ، وأخبرني أنه منبهر بها ، وطلب مني أن أبيعها.

بدأ شخص آخر في مركز التوظيف في حوار معي اليوم ، ودعاني لنلعب معا في فريق كرة قدم في منتزه محلي.	
دعتني أختي لنتناول معا مشروبا.	
قام والدي بعمل ساندويتش لي ، وقال أنه يستمتع بتناول الطعام معي.	

الواجب المنزلي Homework

لا يمكن التعبير بكلمات عن القيمة التي يضيفها الواجب المنزلي لنتيجة العلاج النفسي ، حيث ذكر بيك Beck (1976) في دليله الأصلي أن الواجب المنزلي عنصر هام متمم للعلاج ، وإذا لم يستطع المرض تطبيق المفاهيم التي تم تعلمها في جلسات العلاج النفسي على حياتهم الخارجية ، فلن يتحقق أي نجاح. لتجعلك على اقتناع ، فإننا نرى المرضى لمدة ساعة في الأسبوع (لو كنت محظوظا) ، وهذا يعني أننا نراه ساعة من 168 ساعة ، أي نسبة 0.06 ٪ من الأسبوع. فالواجب المنزلي يعطي المعالج الفرصة لتحقيق التأثير خارج الجلسات العلاجية. من الممكن أن يتراوح الواجب المنزلي بين جمع المعلومات (مثلا : المذكرات ، الاستبيانات ، القراءة) ، إلى ممارسة التغيير في السلوك أو تجربة خبرات جديدة لجمع المعلومات في سياق بيئتهم الخاصة للمساعدة في إعادة تقييم المعتقدات. بالنسبة لجاكوب ، بدأ الواجب كأنه عمل روتيني فقط ربط كملة الواجب المنزلي بالمدرسة ، وهي مكان لا يحبه ، ولا يرى نفسه دارسا. ومن ثم ، فقد تم استبدالها بـ " العمل خلال الأسبوع ". بعد توضيح أهمية العمل بين الجلسات ، والطبيعة التشاركية لمكان العمل ، فقد أذعن جاكوب للواجب بنسبة 90٪. ففي أحد المناسبات ، عندما لم يتم استكمال الواجب المنزلي، أعلن جاكوب عن أنه لم يفهم المنطق وراء الواجب المنزلي ، وكيف أنه يرتبط بالصعوبات التي لديه. لقد كانت هذه معلومات تغذية راجعة هام للمعالج النفسي ، حيث ساعدت على مخاطبة هذه القضايا في العلاج النفسي مما ساعد على تقدم العلاج النفسي.

المشاركة Engagement

على الرغم من أن العلاج النفسي كان في سياق المحاولة ، ومن ثم فإن المشاركة كانت هي المفتاح لاستكمال العلاج والمتابعات ، إلا أن محاولة وضع العديد من الاستراتيجيات في مكانها بقدر الإمكان للحفاظ على العميل المخطر ضروري ، ويرجع ذلك إلى حياته المشوشة. في البداية ، كان هذا ينطوي على إعطاء جاكوب اتصالا سريعا في اليوم السابق على الموعد لدراسة التوقيتات والنص في صبيحة الموعد لتذكره (غالبا بطلب من العميل). بالإضافة إلى ذلك ، كان جاكوب عاطلا ، أي بغير عمل ، وقد تم ترتيب موعد له مع مركز محلي للوظائف ، صمم خصيصا لمن هم في سن جاكوب ، وقد تم ملأ استمارة مشفوعة بخطاب تزكية من المعالج. نظرا لأن جاكوب لم يرغب في تسجيل الجلسات على اسطوانة ، فقد احتاج إلى ملخص عن الجلسة لينظر إليها على مدار الأسبوع ، ووجد أن المسودة كانت قيمة في نهاية العلاج النفسي.

أما العملاء الآخرون فقد طلبوا عمل علاقة حميمة مع الأعضاء الآخرين من فريق الرعاية ، في حين طلب آخرون معلومات عن العلاج الطبي لمساعدتهم على تفسير الأعراض وفي طلب ما يحتاجون إليه من مساعدة. عملية المشاركة خصوصية للعميل ، وتتباين بشكل كبير ، المهم هو استمرار العميل في مشاركته معك لتشكيل علاقة علاجية يمكنه الوثوق فيها.

الوقاية من الارتداد : إعداد المسودة

Relapse Prevention : The development of a blueprint

إن إعداد المسودة عملية تشاركية ، تمثل كل المهارات التي تعلمها العميل خلال العلاج النفسي المعرفي ، وكيف سيطبقونها في المستقبل ، وفرصة مناقشة كيفية التعامل مع أي مشكلات أو عقبات مستقبلية. لقد كان جاكوب قلقا بشأن نهاية العلاج وأعلن عن أنه برغم تحقيقه تحسنا ملحوظا ، إلا أنه يتصور وجود العديد من

العقبات في المستقبل لابد من التغلب عليها ، وهو قلق بهذا الشأن. ومع ذلك ، فإن إعداد المسودة أعطاه الفرصة لمناقشة الخطط التي يريدها لهذه العقبات المستقبلية. لقد استطاع جاكوب تحديد العلامات الأولى من التحذير ، حتى أنه سأل أمه عما إذا كانت قد لاحظت أي علامة ، ووصف معا خطة عمل لما يحتاج إليه ، والأشخاص الذين يحتاج على التواصل معهم في هذا الموقف. أعلن جاكوب عن أنه وجد العديد من الاستراتيجيات مفيدة ، لذا بدأ المعالج المسودة بصياغة بسيطة تم استخدامها أثناء العلاج النفسي ، ثم تبع ذلك توليد تفسيرات بديلة ، وتحليل إثباتي ، يقدم ملخصا عن أي تجارب سلوكية ذات صلة.

من الأهمية بمكان تذكر أنه أثناء مناقشة هذه الحالة والعلاج النفسي في هذا الفصل ، فقد كان هناك فريقين إكلينيكيين نثق فيهما ، يقدما هذه التدخلات للأفراد المعرضين لخطر الذهان. هذان الفريقان كانا يعملا لسنوات عديدة ، وجذبا العديد من الزائرين المحليين والدوليين للتعلم عن هذا المدخل لمساعدة مجموعة العملاء هذه. ومازال هذان الفريقان يحظيان بدرجة كبيرة من القبول ومعدلات منخفضة من التسرب ، وانتقالات ضعيفة إلى الذهان.

المراجع

Addington, J., Epstein, I., Liu, L. et al. (2011) A randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for individuals at clinical high risk of psychosis.Schizophrenia Research, 125(1), 54 61.

Amminger, G.P., Schafer, M.R., Papageorgiou, K. et al. (2010) Long-chain omega-3 fatty acids for indicated prevention of psychotic disorders: A Randomized, placebo-controlled trial. Archives of General Psychiatry, 67(2), 146 154.

Bechdolf, A., Köhn, D., Knost, B. et al. (2005) A randomized comparison of group cognitive-behavioural therapy and group psychoeducation in acute patients with schizophrenia: Outcome at 24 months. Acta Psychiatrica Scandinavica, 112(3), 173–179.

Beck, A.T. (1976) Cognitive Therapy and the Emotional Disorders. New York: International Universities Press.

Bentall, R.P. and Morrison, A.P. (2002) More harm than good: The case against using antipsychotic drugs to prevent severe mental illness. Journal of Mental Health, 11, 351–365.

Freeman, D., Freeman, J. and Garety, P.A. (2006) Overcoming Paranoid and Suspicious Thoughts. London: Robinson.

French, P. and Morrison, A.P. (2004) Early Detection and Cognitive Therapy for People at High Risk of Developing Psychosis: A Treatment Approach. London: Wiley.

McGlashan, T.H., Zipursky, R.B., Perkins, D. et al. (2006) Randomized, double-blind trial of Olanzapine versus placebo in patients prodromally symptomatic for psychosis. American Journal of Psychiatry, 163(5), 790–799.

McGorry, P.D., Yung, A.R., Phillips, L.J. et al. (2002) Randomized controlled trial of interventions designed to reduce the risk of progression to first-episode psychosis in a clinical sample with subthreshold symptoms. Archives of General Psychiatry, 59, 921–928.

Miller, T.J., McGlashan, T.H., Rosen, J.L. et al. (2003) Prodromal assessment with the structured interview for prodromal syndromes and the scale of prodromal symptoms: predictive validity, interrater reliability, and training to reliability. Schizophrenia Bulletin, 29(4), 703–715.

Morrison, A.P. (2001) The interpretation of intrusions in psychosis: An integrative cognitive approach to hallucinations and delusions. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 29, 257–276.

Morrison, A.P., French, P., Walford, L. et al. (2004) Cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultra-high risk: Randomised controlled trial. British Journal of Psychiatry, 185(4), 291–297.

Morrison, A.P., Renton, J.C., French, P. et al. (2008) Think You're Crazy? Think Again: A

Resource Book for Cognitive Therapy for Psychosis. London: Routledge.

Morrison, A.P., Stewart, S., French, P. et al. (2011) Early Detection and Intervention Evaluation for people at high-risk of psychosis-2 (EDIE-2): Trial rationale, design and baseline characteristics. Early Intervention in Psychiatry, 5, 24–32.

Ruhrmann, S., Bechdolf, A., Kühn, K.-U. et al. (2007) Acute effects of treatment for prodromal symptoms for people putatively in a late initial prodromal state of psychosis. The British Journal of Psychiatry, 191(51), s88–s95.

Wells, A. and Matthews, G. (1994) Attention and Emotion: A Clinical Perspective. London: LEA.

Yung, A., Phillips, L.J., McGorry, P.D. et al. (1998) A step towards indicated prevention of schizophrenia. British Journal of Psychiatry, 172, Supplement 33, 14–20.

Yung, A.R., Yuen, H.P., McGorry, P.D. et al. (2005) Mapping the onset of psychosis – the Comprehensive Assessment of At Risk Mental States (CAARMS). Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 39(11–12), 964–971.

الفصل الخامس

العلاج السلوكي المعرفي للذهان المقاوم
العلاج الدوائي : استهداف الأعراض السالبة

بدأناها في أواخر التسعينات إلى علاج المرضى الذين يمرون بخبرة الأعراض الموجبة والسالبة الثابتة. فمن خلال هذا العمل ، قمنا بوضع مفاهيم الأعراض السالبة ولخصنا مداخل جديدة للتدخل ، أثبتت دراستنا أنها فعالة.

التجربة الإكلينيكية للعلاج السلوكي المعرفي للذهان في تورنتو

Toronto Clinical Trial for CBTp

كان الهدف من دراسة تورنتو تقييم ما إذا كان مرضى الشيزوفرنيا وفقا للدليل الإحصائي التشخيصي للاضطرابات العقلية ، والذين يمرون بخبرة الأعراض السالبة والموجبة الثابتة يحققون تحسنا من خلال إضافة العلاج السلوكي المعرفي إلى العلاج المعياري الثري داخل الخدمات الخاصة. تم إتمام دراسة مضبوطة على 42 مريضا ، تم تقسيمهم عشوائيا إما إلى العلاج السلوكي المعرفي ، العلاج الثري كالعادة (العدد = 24) أو العلاج الثري كالعادة فقط (العدد = 18). يتكون العلاج الثري كالعادة من التحكم العلاجي الشامل مع الأفضلية العلاجية وإدارة الحالة الإكلينيكية.

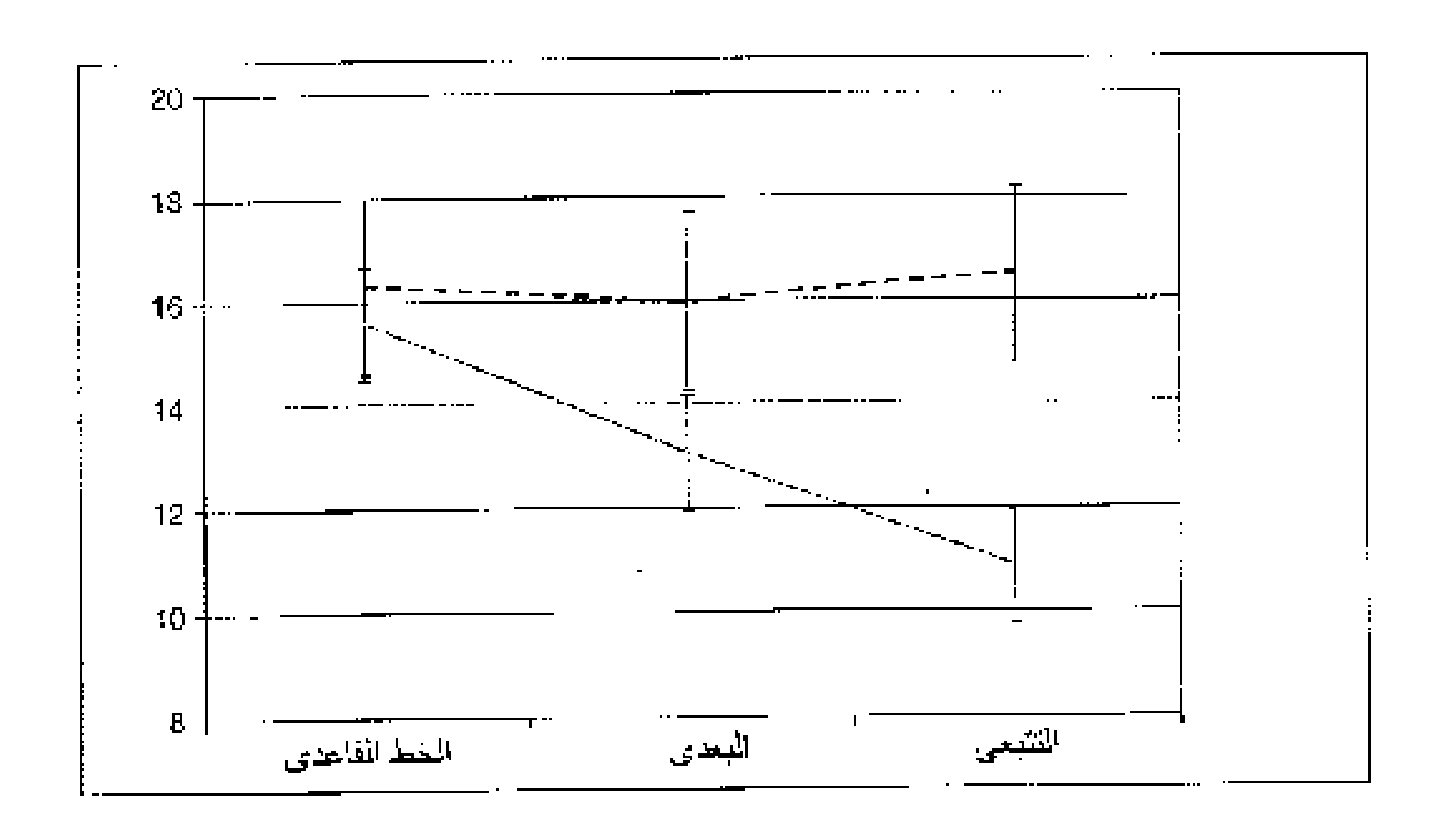
إن أهداف العلاج الثري كالعادة هو تحسين فعالية العلاج الدوائي والالتزام به ، وتحسين قدرة المريض واختياره ، زيادة الأداء الاجتماعي والمهني. قُدم العلاج السلوكي المعرفي للذهان بشكل فردي لمدة 6 أشهر على أنه توسيع أو زيادة للعلاج الثري كالعادة. و لقد تم توجيه مدخل العلاج السلوكي المعرفي في هذه الدراسة من خلال القوانين والاستراتيجيات التي وضعها بيك في علاج الاضطرابات الانفعالية ، ويتم تهيئتها لعلاج الأعراض الخاصة بالشيزوفرنيا ضمن إطار عملي للتوتر ؛ وفي مدخل العلاج السلوكي المعرفي للذهان الذي عرضناه في الفصل الأول. فقد تحدثنا من قبل عن المدخل الإكلينيكي المستخدم في تجربتنا(Beck & Recotr, 2000, 2002a, 2002) ، وأسهبنا أكثر وأكثر في الفترة الأخيرة (Beck et al., 2009). على عكس دليل العلاج المعرفي لاضطرابات الانفعالية الذين يقوم في إعداده خطوة - خطوة ،

فإن المدخل المفضل في العلاج السلوكي المعرفي للذهان -- مع الوضع في الاعتبار تجانس الأعراض – قد وضع لإعداد موديولات خاصة ، يمكن استخدامها بشكل مرن لعلاج أعراض منتقاة للذهان بناء على تقديم المريض. قبل البدء في الدراسة ، تم إعداد موديولات عن التقييم والمشاركة ، الدخول إلى النموذج المعرفي ، وتطبيع الأعراض الذهانية ، وعلاج الأعراض الموجبة ، والأعراض السالبة ، والقلق والاكتئاب المصاحبين ، وأخيرا منع الانتكاسة أو الارتداد – وقد تلقى كل معالج تدريبا رسميا وإشرافا رسميا على ما يقدمونه.

لقد انصب التركيز في المرحلة الأولى على المشاركة والتقييم ، وكانت الجلسات الأولى غير بنائية نسبيا ، وتكونت من الاستماع التعاطفي ، والاستفسار بود ، ثم بعد ذلك تطورت إلى تقييم بنائي ، وإعداد لقائمة المشكلات. أما المرحلة الثانية من العلاج النفسي ، فقد هدفت إلى إدخال المريض إلى النموذج المعرفي والإفصاح عن مهارات المجابهة السلوكية والمعرفية ، بما في ذلك المراقبة الذاتية مع تسجيل الأفكار ، ومهام استكمال الواجب المنزلي. أما السمة الثالثة للعلاج – والتي تتداخل مع المرحلتين الأولى والثانية من العلاج – فقد ركزت على التقديم النفسي - التربوي مع تطبيع الأساس المنطقي (Kingdon & Turkington, 1994) و بناء على المفاهيم المعرفية المشتقة بشكل خصوصي ، تم استخدام أساليب معينة لاستهداف الأعراض الموجبة والسالبة. تم بعد ذلك استخدام الاكتشاف الموجه لتحديد الأوهام بالإضافة إلى الأنماط السلوكية والمعرفية التي تعمل على الحفاظ عليها. فمن خلال الاستجواب الرقيق ، تم توجيه المرضى للأسئلة ، و اختبار إلى أي مدى تؤيد خبراتهم الحياتية معتقداتهم الوهمية ، والبدء في إعداد تقييمات بديلة. أما علاج الهلوسات ، فقد هدف إلى تحديد ، واختبار ، وتصويب التشوهات المعرفية في محتوى الأصوات ، ثم تحديد ، والشك في ، والبدء في اختبار معتقدات الفرد عن منشأ وطبيعة الأصوات (Chadwick & Birchwood, 1994). أما المدخل للأعراض السالبة ، فقد اشتمل على الاستراتيجيات السلوكية المعيارية مثل المراقبة الذاتية السلوكية ، وجداول النشاط ، وتقديرات الاتفاق والمتعة وواجبات المهام المتدرجة ، وطرق التدريب

على التوكيدية ضمن المفاهيم المعرفية المسهبة للأعراض المعرفية (Rector et al., 2005) ، ومع استراتيجيات التدخل المعرفية التي تم تحديدها مؤخرا(Beck et al., 2009) ، والتي سوف نتحدث عنها تفصيليا فيما يأتي. استكمل المرضى واجبات منزلية بين كل جلسة بعد برنامج للواجب المنزلي تم تهيئته بناء على العلاج السلوكي المعرفي للذهان (Rector, 2007). اشتملت مهام الواجب المنزلي على استكمال العلاج النفسي بالقراءة ، تسجيلات الأفكار المختلفة وظيفيا ، تسجيلات الأفكار المختلفة وظيفيا المعدلة للأصوات والأوهام ، وجداول النشاط ، مداخل المعتقدات الرئيسية ، ومدى من المهام السلوكية والتجارب السلوكية لاستهداف الأعراض الموجبة والسالبة. قام المعالجون بتقييم الالتزام بالواجب المنزلي في كل جلسة أسبوعية على الرغم من عدم الجدولة الرسمية وفقا لأشكال التقدير المعيارية للواجب المنزلي.

تم إجراء التقييمات الإكلينيكية في مرحلة ما قبل العلاج ، وما بعد العلاج ، والمتابعة بعد 6 أشهر ، وقام بها مقدرون مستقلون. لقد تم ملاحظة التأثيرات الإكلينيكية الدالة لحدة الأعراض الموجبة ، والسالبة والكلية للمرضى الذين يتم علاجهم في العلاج السلوكي المعرفي + العلاج الإثرائي كالعادة ، على الرغم من عدم وجود فروق دالة بين مجموعتي المعالجة في المعالجة البعدية. التأثير الواضح للعلاج السلوكي المعرفي + العلاج الإثرائي كالعادة مقارنة بالعلاج الإثرائي كالعادة في هذه الدراسة يتمثل في تقليل الأعراض السالبة في المتابعة ، كما هو واضح في الشكل 105. علاوة على ذلك ، على مقياس المتلازمة السلبية والإيجابية ، فإن 67% من الأفراد في حالة العلاج السلوكي المعرفي + العلاج الإثرائي كالعادة قد حققوا كسبا إكلينيكيا في حين أن 31% من الأفراد في العلاج الإثرائي كالعادة قد فعل ذلك ، وأن هذا الفرق وصل إلى حد الدلالة.



___ العلاج السلوكي المعرفي- العلاج كالعادة

..... العلاج كالعادة

الشكل 5.1 التوقعات المعرفية في إنتاج الأعراض السالبة

Source : Rector et al., 2003

تضمينات تجربة تورنتو للعلاج السلوكي المعرفي للذهان

Implications of the Toronto CBTP Trial

قدمت دراستنا (Rector et al., 2003) السياق لتحديد فعالية العلاج السلوكي المعرفي للأعراض الموجبة والسالبة عند استهدافها في العلاج. وأن التغيرات في هذه الأعراض كانت مستقلة نسبيا : فالتغيرات في الأعراض السالبة لم تكن نتيجة ثانوية للتغيير في الأعراض الموجبة (أو الاكتئاب أو العلاج الدوائي). فالتأثير المعلن والواضح للعلاج السلوكي المعرفي + العلاج الإثرائي كالعادة مقارنة بالعلاج الإثرائي كالعادة في هذه الدراسة يتمثل في التقليل من الأعراض السالبة في المتابعة ، وهذا يبين بشرى للنجاح بالنسبة للتأثير الإيجابي السلوكي المعرفي على الأعراض السالبة في المتابعة ، وهذا يبين بشرى للنجاح استهدافنا بشكل صريح في العلاج. إن إدارة الأعراض

السالبة هام ، حيث أنها تمثل السمة الضعيفة في الذهان ، وتتنبأ بالتكهن الضعيف بشكل عام(McGlashn & Fenton, 1993).

إن تطور النظرية السلوكية المعرفية والعلاج السلوكي المعرفي قد تبع إطار عملي مفاهيمي مترابط ، أولا الملاحظات والتعريفات الإكلينيكية الأولية المنظمة ، والتعريفات الإجرائية السيكومترية للبناءات السلوكية والانفعالية المعرفية الرئيسية المحددة بالاضطراب إلى التطور اللاحق من دراسات النتيجة الإكلينيكية غير المطلوب إلى إعداد تجارب معقدة مضبوطة عشوائيا وشاملة ؛ تقارن العلاج السلوكي المعرفي المحدد بالاضطراب بحالات قائمة الانتظار ؛ حالات العلاج النفسي المقارن ، والتدخلات القائمة على العلاج الدوائي.

ففي سياق عملنا التجريبي في تورنتو (Rector et al., 2008) ، ومن خلال الملاحظات الإكلينيكية المنظمة والدقيقة ، وتنمية تدخلات معرفية محددة للأعراض السالبة ، قمنا بناء على ذلك بتعريف البناءات المعرفية الرئيسية التي تم افتراضها لتسهم في تنمية والبقاء على الأعراض السالبة. الدافع العام لهذه المفاهيم الجديدة يتمثل في إعادة تأطير بعض الأعراض السالبة على أنها تعكس الخلل الوظيفي المعرفي ، والانفعالي والسلوكي وليس العيوب الدائمة ، ولذا فإنها عرضة للتغيير من خلال الاستراتيجيات التي اثبتت فعاليتها في استخدام الدافعية وإعادة المشاركة الانفعالية والاجتماعية لدى الأفراد ذوي الاضطرابات الانفعالية الحادة.

النموذج المعرفي للأعراض السالبة

The cognitive model of negative symptoms

بينت البحوث أن الأعراض السالبة ترتبط بالاتجاهات المعاكسة نحو العلاقات الاجتماعية وأيضا نحو النشاط الموجه بالهدف بوجه عام. فقد وجد باروكلاوف وزملاؤه Barrowclough and Colleagues (2003) علاقة ارتباطية دالة بين

تقييم المرضى لخصالهم الموجبة وأداء الدور من جهة ، وإظهارهم لمستويات الأعراض السالبة من جهة أخرى. كما وجدت الدراسة عبر القطاعية لمعتقدات المرضى واتجاهاتهم كما تقاس بمقياس الاتجاه المختل وظيفيا Dysfunctional Attitude Scale (DAS) أن الإقرار بالبنود على هذا المقياس ، مثل " المخاطرة ولو بسيطة غباء لأن الخسارة في حد ذاته كارثة " ، و" إذا ما تجنب شخص ما المشكلات ، فإن هذه المشكلات سوف تتلاشى وتبتعد عنه " قد ارتبط ارتباطا دالا بالأعراض السالبة وليس الأعراض الموجبة (Rector, 2004, rector et al., 2005). إن العلاقة الارتباطية بين هذه المعتقدات الانهزامية والأعراض السالبة قد تحققت بعد ضبط الاكتئاب. كما أن الاتجاهات مثل " لو فشلت جزئيا ، فإن ذلك لا يختلف عن كوني فاشل تماما " ، " إذ لم تستطع أداء شيء ما بشكل جيد ، فلا داعي للقيام به بالمرة " ، و" لو فشلت في العمل ، فإنا شخص فاشل " — تغذى التجنب واللامبالاة والسلبية. وقد وجدت أعمال المتابعة معتقدات الأداء الانهزامية تتوسط العلاقة بين الاضطراب العصبي المعرفي والأعراض السالبة والنواتج الوظيفية (Grant & Beck, 2010, Haron et al., 2010, Quinlan & Granholm, 2009).

علاوة على ذلك ، فإن الفرض الذي وضعناه (Rector et al., 2005) ، والمتمثل في أن معتقدات الأداء الانهزامية تسبق استهلال الذهان قد لاقي تأييدا تجريبيا من خلال النتيجة التي تقوم بأن الأفراد المعرضين للخطر يعلنون عن معتقدات انهزامية مرتفعة بالمقارنة بالمجموعة الضابطة ، وأن هذه المعتقدات ترتبط بحدة الأعراض السابقة(Preivolfiotis et al., 2009). كما لخصنا في البداية أيضا (Rector et al., 2005) العوامل المعرفية التي تسهم في الأعراض السالبة المستقلة عن الأعراض الموجبة والتي تعكس استفحال الاتجاهات السالبة نحو الانتساب الاجتماعي. على وجه الخصوص ، فإن النظرة التي تتميز بالتوقعات المنخفضة للسعادة والنجاح ، والتقبل ، وإدراك الموارد المحدودة بالغة الأهمية لإنتاج والإبقاء على الأعراض السالبة. وقد توصلنا أن تقييمات التوقعات السالبة المميزة تسهم في تنمية والتعبير الخاص عن الأعراض السالبة ، كما هو واضح من جدول 5.1. فالمرضى ذوو الأعراض

السالبة الواضحة غالبا ما يفكرون (وفي بعض الأحيان يذكرون) : " ما الأمر ؟ " لماذا أزعج نفسي ؟ ، إنها أعمال كثيرة " عند مطالبتهم بالمشاركة في النشاط. فهم يتوقعون قليلا من الإشباع لجهودهم. بالإضافة إلى ذلك ، فقط أظهرت البحوث أنه عندما يعرض على مرضى الشيزوفرنيا – بما فيهم الأفراد ذوي الأعراض السالبة الحادة والدائمة – مثيرات ممتعة ، فإنهم يشتقون المتعة من هذه الخبرات. ومن ثم فإن هناك عدم ارتباط ملحوظ بين المتعة الشهوانية (ومع توقع أن شيئا ما سوف يجلب المتعة) والمتعة الاستهلاكية (المستوى الحقيقي من المتعة الذي يمر به الفرد نتيجة المشاركة في النشاط). وهذا يظهر أيضا في الملاحظات الإكلينيكية ، حيث يظهر المرضى بعض المتعة عند المشاركة في المهمة على الرغم من عدم توقعهم للمتعة في بداية العمل.

جدول 5.1 تقييمات التوقع السلبي المرتبطة بالأعراض السالبة في الدليل الإحصائي التشخيصي للاضطرابات العقلية.

الأعراض	التقييمات			
	فعالية ذات منخفضة (النجاح)	إشباع منخفض (المتعة)	تقبل منخفض	توفر منخفض للموارد
التسطح الوجداني	لو أظهرت مشاعري ، فسوف يرى الآخرون عدم كفاءتي.	لا اشعر بما كنت أشعر به من قبل	يبدو وجهي واجما ومتلو للآخرين	ليست لدي القدرة على التعبير عن مشاعري
الحبسة	لن أستطيع أن أجد الكلمات	إنني آخذ وقتا طويلا	أنا أبدو غبيا أو غبيا ،	أنا آخر جهدا كبيرا

	التي أعبر بها عن نفسي	لأوصل رأيي للآخرين وهذا شيء ممل	وشاذا	لأستطيع الكلام
قلة الدافعية	لماذا أضايق نفسي ، فأنا محكوم على بالفشل	الأمر لا قيمة له بل هو مزعج	من الأفضل ألا أهتم	ستحتاج المحاولة مني إلى جهد كبير

كما يظهر المرضى ، أيضا توقعات منخفضة للنجاح في خبراهم اليومية ، حيث يتوقعون الفشل في تحقيق الأهداف ، ولو حققوا الأهداف ، فإنهم يميلون إلى إدراك الداء المعياري مقارنة بأدائهم المتوقع. هذه النظرة السلبية تؤثر على دافعيتهم لاستهلال وتقوية السلوك الموجه بالهدف ، خصوصا عندما يكونوا تحت ضغط. بالإضافة إلى القصور الحقيقية الناتجة عن أعراض الشيزوفرنيا ، فإن المرضى ذوي الأعراض السالبة الدائمة يدمجون وجهات النظر البغيضة في التفسير الذاتي ؛ وهذه لها تأثيرا سلبيا على فعالية الذات المدركة لديهم عند مجابهتهم تحديات الحياة. من الشائع بالنسبة للمرضى أن يقولوا. ماذا نتوقع ، أنا مريض عقليا " أو " مهما أفعل ، فلن يغير من حقيقي أني مريض بالشيزوفرنيا " ، أو " لا أمل حيث أنني مريض بالشيزوفرنيا ". هيه المعتقدات التي تتعلق بعدم جدوى بذل المجهود تسهم في عدم المشاركة. وعندما تكود هناك فرصة للمشاركة في أنشطة ممتعة ، فإن هؤلاء المرضى يقولون " هذا عمل كثير " ، أو " لا أستطيع القيام بهذا " أو " لماذا أضايق نفسي ؟ ". كما أن التفسير الشخصي للموارد المحدود من قبل المرضى من المحتمل أن يعكس – جزئيا – الإدراك الدقيق للموارد القليلة. ومع ذلك ، افتراضنا أيضا أن المرضى ذوي الأعراض السالبة الدائمة يبالغون في عدم توفر الموارد نتيجة للمجموعة المعرفية

الضعيفة والدائمة. إلا أن الأدلة على أن لديهم موارد متاحة أكثر مما يتوقعون واضحة في إنتاجيتهم الزائدة عندما يتم مخاطبة هذه الاتجاهات السالبة في المعالجة.

مدخل العلاج السلوكي المعرفي للأعراض السلبية

The CBT Approach to Negative Symptom

قمنا بتوسيع والإسهاب في المدخل السلوكي المعرفي لعلاج الأعراض السالبة الذي ظهر في عملنا السابق في تورنتو (Rector et al., 2003, 2005) ، وذلك من خلال كتاب حديث (Rector et al., 2009). فيما يلي نقدم وصفا موجزا للمدخل العلاجي مع وصف موجز ايضا لدراسة حالة.

جون شاب عذب يبلغ من العمر 24 عاما ، ويعيش في بيت جماعي في مدينة حضرية كبيرة ، ولقد كانت اول خبرة له مع استهلال الأعراض الذهانية منذ ما يقرب من خمس سنوات قبل الإحالة إلى العلاج السلوكي المعرفي الذي يركز على الأوهام الخاصة بالموضوعات الاضطهادية. خلال هذه السنوات الخمس الماضية ، مر جون بخبرة الأوهام البارانويدية الحادة والدائمة ، والتي اشتملت على أفراد أسرته ، أصدقاؤه السابقين ، والغرباء ، والأعراض السالبة الأسوأ التي تركز على التسطح الوجداني الحاد ، وقلة الدافعية ، والحبسة المتوسطة ، وانعدام المتعة أو التلذذ. لقد تم إحالة جون بواسطة طبيب نفسي في بيئته يعمل في الخدمات الخاصة للأفراد ذوي صعوبات الأمراض النفسية طويلة المدى للمساعدة في العلاج السلوكي المعرفي للبارانويا والأعراض السالبة بهدف تحسين أدائه ومشاركته. فلم يكن لديه أي خبرة سابقة مع العلاج النفسي أو العلاج السلوكي المعرفي. وفي وقد الإحالة ، كان يستجيب للعلاج الدوائي (سيروكويل 500ملجم يوميا ، وسيلاكسا ، 40 مجم يوميا). كما كان يتلقى إدارة الحالة والتي تشتمل على مقابلات نصف شهرية مع فريق من المتخصصين والمعالجين للمتابعة. تم عمل تقييم لجون باستخدام المقابلة الإكلينيكية البنائية لاضطرابات المحور (1) (First et al., 1996) ، وتقييم لأعراض الذهان

باستخدام مقياس الاتجاه المختل وظيفيا (DAS; wei& Sman & Beck, 1978).

تشخيصيا كانت حالة جون في المحور (1) عبارة عن اضطراب الشيزوفرنيا الوجدانية ، النوع الاكتئابي ، وكانت درجة التقييم العام للأداء لديه هي 28. في وقت التقييم الأول ، ذكر جون أنه يخاف من المراقبة ، وكيف أنه كان مضطهدا من طلاب المدرسة العليا السابقين ، وكان هذا هو السبب الرئيسي في القلق لديه عندما كان يخرج من البيت. كما ذكر جون أن اتصالاته مع الأسرة كانت متقطعة ، ولم يكن لديه أصدقاء ، حميمين ، أو علاقات رومانسية ماضية أو حالية ، وهذا يشير إلى انسحابه الانفعالي والاجتماعي. كما أظهر جون شعورا متبلدا ، مع نقص شديد في التلقائية والحوار. فلم تكن لديه بصيرة تتعلق بالصعوبات التي يمر بها ، ويتصف بعدم المرونة والصرامة في أسلوبه المعرفي ، مع صعوبات ملحوظة وواضحة في التخطيط والتنفيذ والانتباه والذاكرة. كما ذكر جون مدى واسع من معتقدات الأداء المختلفة وظيفيا ، والتي ارتبطت قبل ذلك بالأعراض السالبة (Rector, 2004).

إن الصياغة المعرفية تقدم إطارا عمليا لفهم الكيفية التي تسهم بها العوامل الحالية والماضية في تنمية وإستمرار المشكلات الحالية لدى الفرد. فمن الأهمية تقييم دور الخبرات التعليمية الأولى ، والأحداث الهامة ، وقت وطبيعة تكوين المعتقدات والافتراضات المختلة وظيفيا ، وسلوكيات المجابهة التي نمت مع الوقت لمجابهة الضغوط والمرض على وجه الخصوص. إن المفاهيم الخاصة بالحالة ينبغي أن تؤدي إلى فروض أولية عن دور العوامل البيئية البعيدة التي تسهم في القابلية للتجنب وعدم المشاركة (مثلا : الرفض ، قلة الأصدقاء ، الفشل في الدراسة الأولى) ، بالإضافة إلى تعزيز الاتجاهات السالبة نحو الانتساب الاجتماعي ومعتقدات الداء المختلة وظيفيا والسالبة. على سبيل المثال ، ذكر جون تاريخا طويلا من مشاعر الكراهية من قبل مجموعة النظائر ، وكانت هناك فترة من التأسد خلال المدرسة الإعدادية (الصفوف 7 – 9) ، وهذا قد أدى إلى فترة 6 اشهر من الاكتئاب. من سن مبكرة ، كان جون يرى الناس على أنهم ليسوا محل ثقة وبخلاء ، وكان يشعر دوما بأنه عليه أن يكون على

يقظة من أجل سلامته. كما كان يعاني جون من عدد من المشكلات الأكاديمية منذ طفولته الأولى ، وهذا أدى به إلى الالتحاق بالتربية الخاصة ، وانخفاض المستوى التحصيلي. ولقد طرد من وظيفتين أثناء الفترة الصيفية ، وفشل في إتمام المدرسة العليا ، وهذا أمر صعب عليه حيث أنه نشأ في بيئة منزلية ناجحة. بإيجاز ، فقد تحدث جون عن خبرات أودية أدت إلى تنمية المعتقدات المختلة وظيفيا تتعلق بعدم كفاءة العلاقات البينشخصية ونقص الكفاءة المدركة في مساعيه التي توجهها الأهداف. كما أن استجاباته على مقياس الاتجاه المختل وظيفيا تعكس أيضا معتقدات بينشخصية وأدائية مختلة وظيفيا بشكل كبير ، بالإضافة إلى ذلك ، فقد كانت لديه أنماطا سلوكية من التجنب الانفعالي والاجتماعي ، وسعي محدود نحو تحقيق الأهداف قبل الاستهلال الأول للذهان.

بعد التقييم التفصيلي ، الدقيق للأعراض السالبة وتنمية المفاهيم الخاصة بالحالة ، فقد تمثلت الخطوة الأولى في مخاطبة الأعراض السالبة في العلاج في المساعدة على تطبيع هذه الأعراض للمرضى. غالبا ما يدرك المرضى صعوبات الدافعية لديهم على أنها علامات على الكسل والضعف. إن الهدف من المدخل التطبيقي هو توصيل للمرضى ان مشكلاتهم شائعة لدى معظم الناس في بعض أوقات حياتهم ، ولكن لعدة أسباب ، استمرت هذه المشكلات لديهم لفترات أطول. من الأهمية بمكان تقديم وجهة نظر متعددة الأبعاد عن نمو وبقاء الأعراض السالبة ، بما في ذلك التفسيرات البيولوجية (مثلا : إعادة التنضيد الآلي للثيرموستات) ، والنفسية (مثلا : تقليل النشاط لمنع شدة الانغماس فيه). هناك نقاط أخرى ينبغي الحديث عنها وتشتمل على مشكلات الاقتراب من الأهداف تحت ضغط. فقد استخدم كينجدون ، وتوركينجتون Kindon & Turkington (1998) القياس التمثيلي للمرضى الذين يحتاجون إلى فترة للاستفتاء أو " فترة نقاهة " للشفاء من تأثيرات الأمراض الخطيرة. الشيء المهم أن التركيز على تحسين الدافعية في العلاج السلوكي المعرفي يتمثل في محاولة مساعدة المريض على توليد أهداف ذات معنى ، والعمل على تحقيق هذه الأهداف. أما بالنسبة للمرضى الذين تعتبر الأعراض السالبة ثانوية بالنسبة للأوهام والهلوسات ، من الممكن

تقديم الدخول إلى النموذج المعرفي للأعراض السالبة كعنصر من عناصر النموذج المعرفي لهذه الأعراض الموجبة. وبالتشابه مع المفاهيم المعرفية للتجنب وسلوكيات الأمان في اضطرابات القلق ، فإن سلوكيات الهروب والتجنب تأخذ شكل الحلول التكيفية قصيرة المدى للتقليل من التوتر ، ولكن العلاج سوف يهدف إلى التقليل التدريجي من هذه السلوكيات. لقد نما الذهان لدى جون في السنة الأخيرة من المدرسة العليا بعد حدث تدخلت فيه الشرطة في متجر محلي. وخلال أسابيع عديدة ، كان يذهب إلى مخزن في أحد هذه المتاجر الكبيرة ليرى شابة من رواد هذا المتجر ، والذي يعتبرها جذابة. فقد أساء تفسير صداقتها على أنها إشارة للاهتمام الرومانسي. فقد بدأ يتصل بالمتجر تلفونيا يسأل عن هذه الفتاة ، ويدخل في حالة منذ القلق. وفي اليوم الذي سبق الحادثة ، اتصل بالمتجر وتحدث إليها ، وتكلم في أمور جنسية غير لائقة. هذه الفتاة بدورها تحدثت معه بنفس الأسلوب ، ودعته للحضور إلى المتجر للحديث معها في اليوم التالي. وعندما وصل إلى المتجر في اليوم التالي قبض عليه البوليس ، وأعطوه إنذارا فيما يتعلق بتلك التعليقات والاتصالات غير اللائقة ، وأخذته سيارة الشرطة إلى بيت والده. شعر جون بالحيرة والحزن نتيجة هذا الحدث ، وشعر بأنه لا قيمة له كما شعر بالذنب مما فعل. وخلال 4- 5 أسابيع ، بدأ يشك في أن أحدا يراقبه ويتبعه ، وأن الشرطة ترقبه ، وكذلك العمال في المتجر ، وأصدقاء هذه الفتاة ، وأنهم سوف يعاقبونه ، ويؤذونه جسديا على سلوكياته. كما بدأ يشك في أن الناس يبتسمون في وجهه ، لكن يسخون منه من وراء ظهره ، حيث بدأ يرى علامات على ذلك فيمن حوله ، فأفراد الأسرة يتكلمون بهمس ، الناس في الشارع يضحكون ، وهكذا .. تضخمت مخاوفه الوهمية وشعوره بالذنب إلى حد لم يعد عنده يستطيع المجابهة ، وحاول الانتحار وتم إيداعه في المستشفى. وفي وقت التقييم من أجل العلاج السلوكي المعرفي ، ظلت الأعراض الاضطهادية لديه لم تتغير فعليا منذ بدأت قبل خمس سنوات ، وانشغل بأوهام أنه مراقب من قبل الناس في بيئته. ولكي يسيطر جون على هذا ويديره ، تجنب الاحتكاكات الاجتماعية بقدر الإمكان ، وكان يقضي معظم وقته بمفرده في حجرته ، وهذا قد أدى إلى أن تصبح أعراضه السلبية أكثر سوء.

علاج الأعراض السالبة الثانوية

Treating Secondary Negative Symptoms

كما أوضحنا من قبل ، فإننا قد وجدنا ان الأعراض السالبة الثانوية بالنسبة للأوهام والمعتقدات الوهمية عن الأصوات (مثل : الضبط ، المعنى ... إلخ) ما هي الاستراتيجيات مجابهة للتقليل من التهديد المرتبط بكون الفرد لديه هذه الأعراض ، أو تمثل السلوكيات التي لها معنى داخل النظام الوهمي (Rector et al., 2005). وكما هو الحال في علاج القلق والاكتئاب ، فإن الهدف المهم للعلاج هو مساعدة المريض على تعلم الاستراتيجيات لمقاومة هذه الأوهام. وبغض النظر عن محتوى الأوهام فإن المرضى يعلنون عن الهروب أو تجنب المواقف التي تكون لديهم فيها أفكارا ترتبط بالخوف (اوهام) ، والتي من الممكن أن تمتد لدى البعض إلى كل السياقات البينشخصية ، بما في ذلك التواصل البسيط مع الأسرة ، والعاملين في الرعاية الصحية. أيضا : المرضى الذين يسمعون الأصوات يعلنون عن مدى واسع من التجنب السلوكي وسلوكيات الأمان لتقليل : 1) التنشيط لديهم ، 2) المثابرة او الاستمرار ، 3) المعتقدات الوهمية المحدثة للتوتر عن هذه الأصوات. عندما تكون الأعراض السالبة استراتيجيات مجابهة للتعامل مع الأعراض الموجبة ، فمن الممكن الإمساك بها مع المدخل السلوكي المعرفي من أجل الأعراض الموجبة.

ولقد ركزت المرحلة الأولى من علاج جون على استهداف الأوهام الاضطهادية من أجل التقليل من التوتر الحالي ، وأيضا احتمالية أن الجهود اللاحقة لتعزيز التنشيط السلوكي والمشاركة حول استهداف الأعراض السالبة لا تؤدي إلى مدى واسع من المثيرات الوهمية والتوتر.

بإيجاز ، ركز العلاج على تطبيع الضغوط والتوترات الوهمية ، إدخال جون إلى العلاج السلوكي المعرفي ، والعمل على إحداث التغيير في التفسيرات الوهمية التي تتعلق بالاضطهاد المدرك. كما ركز العلاج أيضا على طبيعة تكوين المعتقدات وكيف يمكن لهذه المعتقدات أن يحملها المرء مع مزيد من الاستثمار الانفعالي حتى وإن ثبت

خطأها. بعد ذلك ، اشتمل المدخل العلاجي على عدد من الاستراتيجيات السلوكية والمعرفية التي تهدف إلى تقويض الاقتناع الصارم والتمركز حول الأوهام. وعندما يكون المعالج قد فهم المعتقدات الوهمية لدى المريض ، وكذلك الأحداث الحالية والماضية التي يمكن تفسيرها على أنها تدعم هذه المعتقدات ، يتم استخدام الأسئلة الودية الرقيقة عن الأدلة ، وأثناء هذه المرحلة من العلاج ، تستمر الأسئلة والاستجواب لتحديد المصادر المختلفة من الأدلة للمعتقدات الوهمية لدى جون ، سواء الحالية أو الماضية. على سبيل المثال ، اشتملت المثيرات في الشارع ، التعرف على عربات الشرطة التي ليس لها أرقام شرطية ، العربات البيضاء والسوداء خارج مسكنه ، الناس يبتسمون ويضحكون ، وخصوصا أي شخص في البيئة واضعا يديه في جيوبه ، حيث يعتقد جون بأن الناس يضعون أيديهم في جيوبهم ليعلموها أنهم قد عرفوا بالعادة السرية لديه نتيجة كثرة زيارته واتصالاته بالمتجر. وكمثال على ذلك ،

مر جون بجوار مخبز ، ورأى خمسة من الشباب واقعين ، وواضعين أيديهم في جيوبهم ، على الفور حالت بخاطره هذه الفكرة (التفسير الوهمي) " هم يتبعونني ... وسوف يعتدون علي " ، وتمثلت استجابته الانفعالية في الخوف (80 ٪). إن الأسئلة عن التفسير الوهمي قد أدت إلى دليل يدعم التفسير الأول : يبدو أنهم ينظرون إليه أثناء وضعهم لأيديهم في جيوبهم. ومع ذلك ، أصبح جون قادرا على تقييم الأدلة التي لا تدعم تفسيراته ، وأدرك أن بعض الناس يبحثون عن " فكة نقود " في جيوبهم ، وأن البعض يضعون أيديهم في جيوبهم كعادة ، وأنهم خلوا واضعين أيديهم في جيوبهم حتى بعدما ابتعد عنهم ، وتوارى عن أعيهم (برغم أنه مازال يراهم) ، وأنه خلال السنوات الخمس من هذا الاعتقاد ، لم يقترب أحد ممن وضعوا أيديهم في جيوبهم منه وألحق به أي أذى. هذا التفكير في هذه الأدلة قد أدى إلى استنتاج بديل " هو واقفون هنا ولكنهم لا يعرفونني ". قام جون بملأ تسجيلات للأفكار المختلة وظيفيا للمثيرات الوهمية بين الجلسات وبدأ في تحقيق تقدم في تحديد ، واختبار ، وتصويب هذه الأنواع من التفسيرات الوهمية. إن الجودة الكلية لتسجيلات الأفكار كانت منخفضة نوعا ما ،

إلا أن جون كان ينمي عادة التعرف على ، والاستفسار ، وإيجاد تفسيرات بديلة غير مهددة لسلوك الآخرين.

إن علاج الأعراض السالبة الثانوية للأوهام والأصوات مماثل لعلاج اضطراب الهلع ، حيث إن الشخص ذي اضطراب الهلع يتعرضون لمواقف حقيقية للتخلص من التجنب وسلوكيات الأمان بعد تحقيق التقدم في معرفة نوبات الهلع داخل الإطار العلمي المعرفي ، وتنمية بعض المهارات الأولية على الأقل للتعامل مع التوتر الشديد في المواقف الصعبة. على نحو مشابه ، فإن المرضى ذوي الأعراض السالبة الثانوية الذين يمرون بخبرة الأوهام والهلوسات المهددة من الممكن أن يستفيدوا بشكل كبير من تدريبات التعرض بعدما يحققوا تقدما في تحديد واختبار ، وعمل تفسيرات بديلة للأوهام والأصوات خارج المواقف " الساخنة ". ثم بعد ذلك ، من الممكن أن يتقدم الحد من الأعراض السالبة الثانوية مع نمو المواقف التي تأخذ شكل قائمة هرمية متدرجة ، والتي كان المريض يخاف منها ويتجنبها. وكما هو الحال في علاج اضطرابات القلق ، فإن التعرض للمواقف يتقدم من الأقل إحداثا للتوتر إلى الأكثر إحداثا للتوتر ، والهدف الرئيسي هو أن يقلل المريض تدريجيا من استراتيجيات التجنب السلوكية والاجتماعية والانفعالية. ولقد تجاوزت السلسلة الهرمية لمثيرات المخاوف البارانويدية عن جون 30 سياقا مختلفا ، واشتملت على بنود التوتر الشخصي البسيط إلى المتوسط مثل مشاهدة التلفاز في حجرة جماعية مشتركة (التوتر الشخصي : 30) ، الخروج للمشي بالقرب من البيت الجماعي (التوتر الشخصي ؛ 35) ، الخروج للمشي في وسط المدينة (التوتر الشخصي ؛ 50) ، الجلوس على مقهى قريب (التوتر الشخصي : 60) ، إلى مثيرات التوتر المرتفعة مثل المشي في مركز تجاري (التوتر الشخصي : 85) ، والشروع بالقرب من مخزن حيث يمكن القبض على الشخص(التوتر الشخصي؛95). أتم جون تدريبات التعرض بشكل أسبوعي ، حيث يعمل من خلال السلسلة الهرمية. كما أتم التجارب السلوكية بما في ذلك الذهاب إلى مجموعة أماكن ، حيث يكون بعيدا فيها عن الأنظار ؛ وفي الوقت نفسه يستطيع ملاحظة تكرار وضع الناس أيديهم في جيوبهم ؛ وقد تم مراجعة البيانات المستخلصة من خلال تجربة سلوكية (تكرار

السلوك كان متماثلا في حالة وجوده وفي حالة غيابه). وفي نهاية هذه المرحلة من العلاج ، تناقص تقدير اعتقاد جون في اضطهاد الناس له – بشكل كبير مع القدرة على تقليل الدورة الوهمية والكوارثية في وجود مثيرات مشابهة. ونتيجة لذلك ، أصبح الآن قادرا على الخروج إلى المراكز التجارية ، والمقاهي ، والسينما ، وقضاء أوقات مع الأصدقاء في محل إقامته بدون أن يمر بمخاوف وهمية. كما بدا عليه أيضا الاستمتاع بحضور المقابلات الأسبوعية للعلاج السلوكي المعرفي ، وكان يستمتع بالتواصل والحديث داخل الجلسات. ففي حين كان هناك تحسنا ملحوظا في الانسحاب الاجتماعي والانفعالي نتيجة لهذا التقدم ، إلا أن المرحلة الثانية من العلاج كانت تتطلب استهدافا مباشرا لأعراضه السلبية الأولى.

علاج الأعراض السالبة الأولى

Treating Primary Negative Symptoms

إن السمة الرئيسية للمدخل المعرفي للأعراض السالبة هي محاولة التنشيط السلوكي نحو تغيير التوقعات السالبة ومعتقدات الأداء التي تمثل القابلية لعدم المشاركة (Beck et al., 2009; Rector et al., 2003, 2005)

استهداف التوقعات المنخفضة للمتعة

Targeting low Expectancies for Pleasure

يعلن المرضى ذوو الأعراض السالبة الدائمة عن أنهم لا يستمتعون بحياتهم ، ويتوقعون عدم الاستمتاع أو القليل منه – عندما تتاح لهم الفرصة للمشاركة في الأنشطة. فنحن نعرف من التجربة الإكلينيكية والبحوث التجريبية (Gard et al., 2003) أن المرضى – عندما يشتركون في الأنشطة يحققون المتعة بنفس الطريقة التي يحصل فيها الآخرين على هذه المتعة – ومن ثم ، فإن الهدف الرئيسي للعلاج هو

عمل قائمة بالأنشطة الممتعة المحددة بشكل خاص ، وزيادة الجدول الزمني لهذه الأنشطة من يوم لآخر ، والتقليل من التوقع السلبي للمتعة حتى لا يصبح عائقا أمام المشاركة. تجدر الإشارة إلى أن الخطوات في المدخل العلاجي تتبع التسلسل الآتي : 1) تحديد التشوهات المعرفية في التوقعات المنخفضة للمتعة ، 2) العمل مع الأدلة غير المثبتة فيما يتعلق بالتوقعات المنخفضة ، 3) عمل جدول بالأنشطة ذات المعنى ، 4) تسجيل المتعة على الخط ، 5) استخدام التغذية الراجعة لتحول التوقعات المنخفضة.

على مدار السنوات ، كان جون يقضي اليوم كله في البيت نائما أو يشاهد التلفاز. وكما ذكرنا ، يرجع ذلك – في جزء منه – إلى المخاوف الوهمية ، ولكن عندما سؤال عن سبب الامتناع عن شيء كان يجد فيه المتعة ، قال جون " ما الفائدة ". وفي استجابته لجون ، يحاول المعالج النفسي رفع درجة الدافعية لتتبع شيء ما كان ممتعا في الماضي ولو كانت هذه المتعة متوسطة ، وذلك باستهداف التوقعات المنخفضة للمتعة.

المعالج : إذاً ، تعودت على الاستمتاع بركوب الأتوبيس.

المريض : نعم يوميا ولسنوات طويلة.

المعالج : ما الذي كنت تحبه فيها ؟

المريض : كنت أشعر أن هناك شيء يجذبني إليه : كنت أذهب لأتعرف على السائقين. كنت أتناول القهوة مع السائقين وكذلك بعض الأكلات.

وأنا متأكد أنك كنت ترغب في أن تعرف المدينة جيداً.

المريض : نعم كنت أريد معرفة الشوارع ، الجيران ، والأماكن.

المعالج ، لذا ، عندما نفكر فيما كان عليه الأمر في الماضي ، وما هو عليه الآن ، ألا يستحق ذلك منك الاهتمام ؟

المريض : كثيرا.

المعالج : أنا أتساءل ، هل ترى من الممكن أن الأمر مازال أقل متعة ، على الرغم من أنه قد لا يكون بنفسي متعة الماضي ؟

المريض : نعم ، لا أعراف.

المعالج : حسنا ، ولكن هل تريد أن تعرف ما إذا كان هناك أشياء ممتعة – ألا يستحق ذلك منك الاهتمام ؟

المريض : لست متأكدا ، فأنا لا أعرف حتى تكلفة ركوب الأتوبيس الآن.

المعالج : أعتقد 2 دولارا. ما رأيك ؟

المريض : ولكني لا أعراف السائقين كما كنت في الماضي ؟

المعالج : ما رأيك في أن أصطحبك أول مرة ؟

المريض : حسنا.

المعالج : ماذا لو وجدت أن ركوب الأتوبيس ليس سيئا ، هل يستحق منك الاهتمام ؟

المريض : سيكون لدي ما يبرأ ترك البيت مرة أخري ، أعتقد.

هذه المهمة منحت جون الفرصة لجدولة الأنشطة ومخاطبة أي عائق يقف في طريق إتمام هذه الأنشطة. كما أنها سمحت للمعالج النفسي بالحصول على تقديرات للمتعة من جون (صفر – 10) خلال ركوب الأتوبيس (والتي تراوحت بين 4 – 6) لكي يتم تقليل أي عدم أهلية لديه عند مناقشة المتعة في وقت لاحق. بدأ جون في زيادة مرات الخروج ليركب الأتوبيس ، حتى وصل إلى اعتبار ركوب الأتوبيس شيئا ممتعا مرة أخري.

استهداف التوقعات المنخفضة للنجاح

Targeting Low Expectancies for Success

العامل الذي يسهم في نمط الانسحاب وقلة الدافعية هو توقعات المرضى والمتمثلة في أنه إذا ما اندفعوا نحو تحقيق الأهداف ، من المحتمل أن يكون الفشل حليفهم. تتمثل الخطوة الأولى في هذه العملية في مساعدة المرضى على تحديد المجالات التي يجدوا فيها المتعة في الأداء إلى أبعد ما يتوقعون. على سبيل المثال ، العلاج المعرفي الأسري لمساعدة أفراد أسرة المرضى على تحقيق والحفاظ على توقعات واقعية بشأن الدافعية وعدم ت فسير الأعراض السالبة على أنها علامات على الكسل – تم توضيحه في دراسة حالة إكلينيكية (Pelton, 2002). كما أن هناك أيضا بعض الأدلة الأولية التي تدعم فائدة تقليل المتطلبات الأسرية نحو تحسين أداء الأعراض السالبة. متى تم تقليل الضغوط الخارجية ، إذ يصبح تركيز العلاج على مساعدة المرضى في العمل على تحقيق وتتبع الأهداف الواقعية ، ذات المعنى. إن هدف المعالج يتمثل في إعلام المريض بأهمية وضع الأهداف ، وتجزئة الأهداف الكبرى إلى خطوات صغرى يمكن السيطرة عليها ، وبناء وجدولة الخطوات المراد إتمامها ، والتعامل مع المعوقات التي تعوق المشاركة ، بالإضافة إلى مناقشة السلبيات. كما هو الحال بالنسبة للتشوهات المعرفية المتضمنة في تقليل المتعة المتوقعة ، فإن المرضى تفوتهم فرص الحصول على أو تحقيق الإتقان لأنهم يتوقعون الفشل ، حيث يرون أنفسهم على أنهم عديمي المنفعة ، وليسو أكفاء. من الممكن تقليل عدم توقع النجاح بجعل المرضى يراقبون الأنشطة على مدار الأسبوع في جدول النشاط مع تطبيق تقديرات الإتقان على مقياس مستمر(Beck et al., 1979). من الممكن أيضا مخاطبة التشوهات المعرفية الأخرى التي تغذي التوقعات السلبية للنجاح مثل المبالغة في التصميم ، الفلترة العقلية ، وعدم الأهلية للإيجابية عندما يعلن المرضى عن مستجدات أسبوعية. وأخيرا ، في حين أن العمل الأولى يركز على مساعدة المريض في تعلم تحديد واستجواب التوقعات السالبة للنجاح لتعزيز المشاركة ، فإن المعالجة الناجحة تحتاج إلى الانتباه إلى الاتجاهات والمعتقدات المختلفة وظيفيا بشكل عميق ، والتي تكون لدى الفرد عن الأداء.

على سبيل المثال ، فكر جون في التعلم عن الحاسوب في أحد مراكز الكمبيوتر في البيئة المحلية. وعند استعراض العوائق منعته من متابعة ذلك ، ذكر جون " سوف أقع في أخطاء ، وأجبر نفسي " ، و " لن أستطيع تعلم الأشياء أو تذكرها ". لقد كانت الخطوة الأولى عبارة عن استكشاف الأدلة حول معرفته الحالية بالكمبيوتر ، واحتمالية والنتائج المترتبة على وقوعه في أخطاء أمام الآخرين. لقد كان جون يستخدم الكمبيوتر ويتصل بالانترنت في الألعاب وغيرها. كما ناقش المعالج أيضا احتمالية والنتائج المترتبة على الوقوع في الأخطاء ، واحتمالية أن يكون المعلم صبورا ، مع الوضع في الاعتبار أنه منهج تجريبي. أخيرا ، طرح المعالج الأسئلة وساعد في توليد الأدلة البديلة حول التقييم " لن أستطيع تعلم الأشياء أو تذكرها ". لقد استطاع المعالج استخدام الأدلة مباشرة ، تلك الأدلة التي تم الحصول عليها من عملية المعالجة حتى الآن لمساعدة جون على إدراك أنه قادر على تعلم وتذكر مصادر المعلومات المهمة. وبمساعدة المعالج ، بدأ جون وأتم التدريب الذي مدته أربعة أسابيع. وخلال أسابيع التدريب ، قام جون بملأ سجلات التفكير بين الجلسات لتحديد وجمع الأدلة على التقييمات السالبة المرتبطة بالفشل والخوف من عدم إتمام التدريب.

وفي الوقت الذي كان يحاول فيه المعالج تقليل التوقعات السلبية لدى جون عن الفشل في تعلم الكمبيوتر وفي النهاية استطاع إتمام هذا التدريب ، بدأ جون والمعالج مناقشة إمكانية المتطوع لإثراء حياته ، والسماع له بمزيد من فترات الراحة. اعترف جون بأنه لم يعرف من أين يبدأ في تنسيق العمل كمتطوع. قام جون والمعالج بمراجعة اهتماماته الماضية والحاضرة ، وتبين أنه مازال يحب مشاهدة الهوكي وربما يحب التطوع في هذا المجال. فكر جون والمعالج في ثلاث فرص ممكنة – التطوع في : 1) صالة الهوكي ، 2) مع فريق الهوكي المحترفين ، 3) منافسة الهوكي في المجتمع المحلي. ثم عمل جون والمعالج على تحديد الخطوات المختلفة التي يمكن أن تكون متضمنة في التعرف على ما يقوم به المتطوعون في هذا المجال ، بما في ذلك : 1) معرفة المعلومات عن منسق التطوع في كل موقع ، 2) التعلم عن إمكانية التطوع في كل موقع ، 3) تحديد الأفكار الأعلى لكل نشاط ، 4) مساعدته على إعداد خطاب أو عبارة يتحدث بها

عند الاتصال بالمنسق ، 5) وأخيرا وضع جدولاً للأوقات التي تحدث فيها الأنشطة المختلفة. مع الوضع في الاعتبار عدم وجود ضمان بأنه سوف يكفل موقع المتطوع في أي موقع من المواقع الثلاثة ، فقد ساعد المعالج جون على التأمل في ذلك واعتبار إمكانيات أخرى للتطوع في هذا المجال. وقد استطاع جون تتبع ميدان المنافسة.

لكي يتم مساعدة المرضى على تحقيق أهدافهم ، فقد ركز العمل الأول على تحديد واستجواب التوقعات السالبة للنجاح. ومع ذلك ، كما أوضحنا ، فإن المرضى ذوي الأعراض السالبة لديهم اتجاهات ومعتقدات مختلفة وظيفيا فيما يتعلق بالأداء ، مثل " لو فشلت جزئيا " ، فإن هذا شيء سيء ، وسوف أفشل كليا ، أو " المخاطرة شيء أحمق ، لأن الخسارة كارثة " ، أو " لو سأل شخص الآخرين المساعدة ، فإن هذا دليل على الضعف " ، ومن ثم ، فإن هذه المعتقدات تحتاج إلى استهداف من استراتيجيات معالجة المعتقدات الرئيسية المعيارية من أجل الإسهاب (Rector, 2004, Rector et al., 2005, Beck et al., 2009).

استهداف تأثير وصمة المرض

Targeting the impact of stigma

إن ضعف المعنويات الناتج عن وصمة الشيزوفرنيا يسهم في نمو واستمرار عدم المشاركة الاجتماعية والانفعالية. نظرا لأن الشيزوفرنيا موجودة بشكل متكرر في الثقافة الأوسع حيث تعكس " الكسل " ، و " الخطورة ، فإن لدى المرضى — ولسوء الحظ — أدلة جديرة بالاعتبار تدعم مدركاتهم. ففي حين قد يكون من الصعب تقليل خبرة الوصمة ، إلا أن هناك عدد من الاستراتيجيات التي يمكن أن يتخذها المعالجون للمساعدة في هذه المشكلة — أولا ، من الممكن تقليل الوصمة من خلال تطبيق أعراض الذهان. ثانيا ، غالبا ما تظهر المعتقدات المختلفة وظيفيا التي لدى المريض عن نفسه استجابة لخبرات الحياة البغيضة والظروف المعاكسة ، ومن الممكن تطبيعها. ثالثا ، هناك إستراتيجية أخرى لتقليل الوصمة وتعزيز تقدير الذات ، وهي جعل المرضى

يتواصلون مع مرضى آخرين لديهم نفس الخبرات. هناك العديد من الروابط مع مجموعات النظائر للمرضى ذوي الذهان في كل أنحاء العالم. رابعا ، بالإضافة إلى مخاطبة مشكلات " العالم الحقيقي " للحياة والمتمثلة في وصمة المرض ، فإن العلاج المعرفي يهدف أيضا إلى مساعدة المرضى على تحديد ، وتقليل التوقعات السالبة المبالغ فيها والتي تتعلق بالوصمة ، وعندما يتم تشجيع المرضى على المشاركة في الأنشطة ، فإنهم يقولون " ولماذا أزعج نفسي ، أنا أعاني من الشيزوفرنيا " وغيرها من مقولات تعزز سلوكيات التجنب والانسحاب.

وأخيرا ، هناك هدف آخر للعلاج النفسي وهو تحديد المواقف " المخطرة بشكل كبير " ، حيث إن خبرة الوصمة من المحتمل أن تحدث بشكل كبير ، وتنمية وتسميع استجابات المجابهة. على سبيل المثال كان على جون أن يتعلم كيف يجابه سخرية حقيقية من المراهقين في دور التطوع في الهوكي. ففي حين أن هذا قد ادى إلى توتر مؤقت وانسحاب ، إلا أن المعالج وجون كان قادرين على نزع فتيل تأثير هذه الأحداث ، وذلك بدراسة التشوهات المعرفية ، تطبيع سلوك المراهق ، والمقابلة لمناقشة الأحداث مع صاحب الهوكي ، ليدعم جون في مثل هذه الأحداث في المستقبل.

استهداف إدراك الموارد الضعيفة

Targeting Perception of low resources

يظهر المرضى مدى واسع من الصعوبات التي تتعلق بالانتباه وأداء الذاكرة والمهارات المرتبطة بالتخطيط والتنظيم (Nuechterlein & Dawson, 1984) ، وكلها تسهم في القصور الذي ينتاب المشاركة في المهمة التي تحتاج إلى جهد. أوضحت البحوث أنه عندما يقدم للمريض التشجيع والدعم ، فإن ذلك من شأنه أن يؤدي إلى تحسين أداء المهمة في المهام التجريبية. إذا ، فإن الهدف في العلاج النفسي هو كسر دورة الموارد المحدودة المدركة الذي صنعها لنفسه المريض ، وكذلك زيادة الجهد والتقليل من الانسحاب. إن استخدام الواجب التدريبي للمهمة من الممكن أن يساعد المرضى

بشكل أكثر واقعية في تقييم نوعية الموارد المطلوبة لإتمام المهمة ، متى تم تقسيم الهدف إلى أجزاء يمكن التحكم فيها والسيطرة عليها وإدارتها. يذكر المرضى دوما " أنا متعب جدا " ، " لا جدوى مني العمل " ، " إنه عمل شاق جدا " وغيرها من ثم فإن المعالجين على يقظة من هذه التشوهات المعرفي في تقييمات التوقع هذه ، بهدف مساعدة المريض في تحديد وتصويب التفكير الذي مفاده " الكل أو لا شيء " وقلة الموارد فقد استهدف جون والمعالج النفسي التشوهات المعرفية عندما ظهرت من خلال استراتيجيات التنشيط السلوكي (رحلات الأتوبيس مثل ، تعلم الكمبيوتر ، وظيفة المتطوع). أحد الاستراتيجيات التي تحدثنا عنها من قبل وهي استخدام منظور المتصل ، والتي يمكن تقديمها من خلال حجاز خزان الجازولين والتي تتراوح بين شبه فارغ ، إلى مملوء إلى أربعة ، ومملوء تماما. يحدد المريض الأنشطة السهلة ليقوم بها في الخزان المملوء ، وهذا سهل نوعا ما ، ولكن أصعب في حالة ما يكون مملوء إلى ثلاثة أرباعه ، وهكذا في المهام ، والأنشطة ، والمواقف والتي ينظر إليها على أنها مجهدة لجون أن يبدأ بعمل المتطوع ، وهذا العمل يعطيه المرونة والمتمثلة في عدم الحضور في اليوم الذي يكون فيه الخزان منخفضا جدا بدون تهديد من حيرة أو غيرها. ومع ذلك ، كان قادرا على تحقيق المزيد في هذه الأيام عنه في الماضي ، وذلك بوضع أهداف صغيرة يمكن السيطرة عليها ، وليس التخلي عن كل الأهداف في الأيام الصعبة.

وبوجه عام ، حقق جون التقدم في العلاج القائم على العلاج السلوكي المعرفي خلال 20 جلسة ، بلغة الأعراض السالبة الثانوية بعد التقليل الناجح للأوهام الاضطهادية التي ظلت معه خمس سنوات والتجنب ، والانسحاب الاجتماعي. وخلال فترة العلاج ، كان هناك تحسنات في الأعراض السلبية الأولية لديه : قلة الدافعية ، الحبسة ، التسطح الوجداني ، قلة التلذذ. كما أظهر عناية بالذات أفضل وعلاقات بينشخصية أفضل ، وأعلن عن استمتاع أفضل بالأنشطة والتي تبدأ بمشاهدة التلفاز إلى الخروج للمشي. كما كان أداؤه في العمل التطوعي أفضل ، كما كانت هناك خطط جديدة للدخول في تدريبات أخرى تتعلق بتعلم الكمبيوتر.

الخلاصة Summary

إن مدخل العلاج السلوكي المعرفي للذهان والذي تم إعداده في تورنتو قد وضع الأساس لتنمية العلاج المعرفي السلوكي المتمم لأعراض الذهان السلبية. إن المدخل إلى علاج الأعراض السلبية يعلي من شان دور المعتقدات والتقييمات التي تسهم في أنماط عدم المشاركة عقب مثيرات الضغوط سواء خارجية أو داخلية ، بالإضافة على الاستراتيجيات السلوكية – المعرفية لزيادة الأمل ، والحماس والموارد لتحقيق الأهداف ذات المعنى. إن تأطير هذه الأعراض باللغة السلوكية المعرفية يقدم خارطة طريق عن كيف يقوم المرضى بالتغلب على نمط السلبية والانسحاب في حياتهم اليومية. فمنذ أن قمنا بهذه الدراسة ، أظهرت العديد من الدراسات الأخرى أملا في تقليل الأعراض السلبية عند استخدام أنماط التنشيط السلوكي للاكتئاب الثانوي (Peter et al., 2010) ، كما أظهر توركينجتون ورفاقه Turkington et al. (2008) أن التحسينات في أداء الأعراض السالبة التي حدثت نتيجة لاستخدام العلاج السلوكي المعرفي للذهان كانت ممتازة لفترة تزيد عن 5 سنوات. وهناك الآن العديد من الدراسات التي تحول تقييم الصياغة والعلاج المعرفي للأعراض السلبية.

ملحوظة Note

بالإضافة إلى تغيير الاسم ، فإن مظاهر التقديم والعلاج الإكلينيكي لجون قد تم تعديلها لحماية إخفاء هويته .

المراجع

American Psychiatric Association (APA) (2000) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder , 4th edn Washington, DC : APA .

Barrowclough , C. , Tarrier , N. , Humphreys , L. et al . (2003) Self-esteem in schizophrenia: Relationships between self-evaluation, family attitudes, and symptomatology . Journal of Abnormal Psychology , 112 , 92 – 99 .

Beck , A.T. and Rector , N.A. (2000) Cognitive therapy of schizophrenia: A new therapy for the new millennium . American Journal of Psychotherapy , 54 ,291 – 300

Beck , A.T. , Rector , N.A. , Stolar , N. et al . (2009) Schizophrenia: Cognitive Theory, Research, and Therapy . New York: Guilford Press.

Beck , A.T. , Rush , A.J. , Shaw , B.F. et al . (1979) Cognitive Therapy of Depression . New York : Guilford Press .

Chadwick , P.D. and Birchwood , M.J. (1994) The omnipotence of voices: I. a cognitive approach to auditory hallucinations . British Journal of Psychiatry , 164 , 190– 201.

First, M.B. , Spitzer , R.L. , Gibbon , M. et al . (1996) Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Clinician Version (SCID-CV) . Washington, D.C.: American Psychiatric Press, Inc.

Gard , D.E. , Germans Gard , M.K. , Horan , W.P. et al . (2003) Anticipatory and consummatory pleasure in schizophrenia: A scale development study . Paper presented at the annual meeting of the Society for Research in Psychopathology , October, Toronto, CA.

Gould , R.A. , Meuser , K.T. , Bolton , E. et al . (2001) Cognitive therapy for psychosis in schizophrenia: An effect size analysis . Schizophrenia Research , 48 , 335 – 342 .

Grant , P.M. and Beck , A.T. (2010) Asocial beliefs as predictors of asocial behavior in schizophrenia . Psychiatry Research , 177 , 65 – 70 .

Horan, W.P. , Rassovsky , Y. , Kern , R.S. et al . (20 (2010) Further support for the role of dysfunctional attitudes in models of real-world functioning in schizophrenia . Journal of Psychiatric Research , 44 , 499 – 505 .

Kay , S. , Fizbein , A. and Opler , L. (1987) The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia . Schizophrenia Bulletin , 13 , 261 – 275 .

Kingdon , D.G. and Tukington , D. (1994) Cognitive-Behavioral Therapy of Schizophrenia . New York: Guilford Press.

Kingdon , D.G. and Turkington , D. (1998) Cognitive behavioural therapy of schizophrenia: Styles and methods. In T. Wykes , N. Tarrier and S.F. Lewis (eds), Outcome and Innovation in Psychological Treatment of Schizophrenia (pp. 59– 79). Chichester : Wiley .

McGlashan, T.H. and Fenton , W.S. (1993) Subtype progression and pathophysiologic deterioration in early schizophrenia . Schizophrenis Bulletin , 19 , 71– 74.

Nuechterlein , K.H. and Dawson , M.E. (1984) Information processing and attentional functioning in the developmental course of schizophrenic disorders . Schizophrenia Bulletin , 10 , 160 – 203 .

Pelton , J. (2002) Managing expectations . In D. Kingdon and D. Turkington (eds) A Case Study Guide to Cognitive Behavior Therapy of Psychosis (pp. 137 – 157). Chichester : Wiley Perivoliotis , D. , Morrison , A. , Grant , P. et al . (2009) Negative performance beliefs and negative symptoms in individuals at ultra-high risk of psychosis: A preliminary study . Psychopathology , 42 , 375 – 379 .

الفصل السادس

تحدي الغضب والعدوانية والعنف عند تقديم العلاج السلوكي المعرفي للذهانيين : اعتبارات إكلينيكية وخدمية

Introduction مقدمة

هناك عوامل عديدة تم اعتبارها والتفكير فيها في علاقتها بحدوث العنف والعدوانية في الشيزوفرنيا ، وقد تم دراسة هذه العوامل على نطاق واسع. ومع ذلك ، لم تتوصل البحوث إلى نتائج ثابتة ؛ ولم يتم فهم العلاقة جيداً، على الرغم من التصوير الإعلامي للشيزوفرنيا على أنها ترتبط بتكرار العنف والعدوانية بشكل كبير . هناك بعض الدراسات التي أظهرت أن تكرار العنف والعدوانية لدى الأفراد الذين يعانون من الشيزوفرنيا ربما كان أعلى قليلا عن الناس العاديين ومن هم في العيادات (Arseneault et al., 2000). ومع ذلك ، فإن هناك تباين بناء على الأفراد الذين يتم إجراء الدراسة عليهم ؛ ونوع العنف محل الدراسة(Walsh et al., 2004). لقد أدت الاعتبارات إلى جعل المنهجية نتائج العيد من البحوث صعبة التفسير ، حيث استخدم الباحثون طرقا متنوعة في قياس العنف والعدوانية لدى العينات محل الدراسة ، وفي منهجهم المستخدم لتقييم أعراض الشيزوفرنيا. إن القصور في التوضيح أدى ببعض الباحثين إلى دراسة ما إذا كانت هناك عوامل – بالإضافة إلى تشخيص الشيزوفرنيا – قد تسهم في العلاقة بين الشيزوفرنيا والعنف ، وأشارت النتائج إلى أن هناك عوامل متعددة ربما تكون هامة في تحديد ما إذا كان الشخص الذي يعاني من الشيزوفرنيا قد ينخرط أيضا في سلوك عنف أو سلوك عدواني.

هناك مجالات معينة تم استكشافها وهي : العوامل التاريخية ، مثل التاريخ الماضي من الانخراط في العنف أو العدوانية ، العوامل المتعلقة بالاستعدادات ، مثل الشخصية أو الاندفاعية ، العوامل البيئية والسياقية والعوامل الإكلينيكية مثل حدة ومحتوى الأعراض الذهانية ، تناول المواد المخدرة ، والعوامل الانفعالية مثل الغضب. لقد تبين أن العديد من هذه العوامل تسهم في حدوث العنف لدى الأفراد العاديين (غير العاديين) ، بالإضافة إلى الأفراد في العيادات ، مما يشير إلى أنه ليس التشخيص في حد ذاته هو الهام في تحديد حدوث العنف. ومع ذلك ، بالنسبة للأفراد الذين يعانون من

الشيزوفرنيا ، فإن هذه العوامل قد تكون مضخمة ، وربما تجعل هؤلاء الناس لديهم قابلية عالية للانخراط في العنف والعدوانية.

تناول المواد ، الشيزوفرنيا والعنف

Substance use, Schizophrenia and Violence

على سبيل المثال هناك نتيجة ثابتة ، وتتمثل في العلاقة بين تناول المواد ، والشيزوفرنيا ، والعنف. فالأفراد ذوو الشيزوفرنيا يظهرون معدلات مرتفعة من تناول المواد المخدرة مقارنة بالأفراد العاديين. كما أن الأفراد الذين يعانون من الشيزوفرنيا ، والذين يتناولون المواد المخدرة يظهرون دوما معدلات مرتفعة من العنف مقارنة بالأفراد الذين لا يتناولون هذه المواد (Monahan et al., 2001,Wallace et al., 2004). أحد أسباب ذلك هي أن تناول المواد يتداخل مع قدرة العميل على المشاركة في العلاج ، مما ينتج عنه أعراض ذهانية دائمة ومستمرة ، وهذه النتيجة تتفق مع النتائج التي مفادها أن المعدلات المرتفعة من العنف ترتبط – كما تبين - بأعراض وهمية معينة. فالأعراض الذهانية المعينة التي تم التركيز عليها هي الأعراض التي يشعر فيها المريض بالتهديد ، أو سيطرة قوى خارجية أو أناس آخرين مثل المعتقدات البارانويدية للأصوات التي قد توحي بالسيطرة والتحكم في الشخص وأحيانا يطلق عليها أعراض سيطرة التهديد (Link & Steuve, 1994).

الغضب ، الشيزوفرنيا ، والعنف

Anger, Schizophrenia and Violence

بالإضافة إلى هذه العوامل الإكلينيكية ، والتي قد تكون خاصة بالشيزوفرنيا، فقد أوضحت البحوث أهمية الغضب في علاقته بحدوث العنف والعدوانية. وقد ظهر ذلك جليا لدى العينات الإكلينيكية وغير الإكلينيكية ، على الرغم من أن العلاقة بين الغضب والعنف ليست علاقة سهلة ، حيث إن الغضب لا يؤدي دائما إلى العدوانية والعنف. أيضا من الممكن أن يحدث العنف والعدوانية بدون أي وجود واضح للغضب ، قد

يكون الغضب له صلة خصوصا لدى الأفراد الذهانيين ، حيث إنهم قد يعيشوا في بيئات فقيرة ، إذا أن ذلك ربما قد يغذي الغضب ، وربما يمرون بخبرة الأعراض الذهانية التي تستثير الغضب وتستميله ، مثل البارانويا أو الهلوسات غير المرغوب فيها ومن ثم ، فإن خبرة والاستجابة للأحداث التي تستثير الغضب لدى الأفراد الذهانيين ربما تتأثر – جزئيا – بالتفكير الوهمي ، ولكن أيضا بالحياة اليومية داخل البيئات البغيضة ، التي تغلب عليها السيطرة ، وعدم الاحترام وعدم التعاطف. هذه التوليفة من العوامل قد تكون ضارة للأفراد الذهانيين ومع المثيرات البيئية الخاصة – سواء كانت مقصرة أو غير مقصرة – ربما تكون عرضة للتصرف بطريقة عدوانية أو عنيفة ، حيث ربما يتم التعبير عنها في علاقتها بإلحاق الأذى بالذات أو ممتلكات الآخرين.

التضمينات للتدخلات

Implications for Interventions

ونتيجة لذلك ، لابد للتدخل الإكلينيكي اعتبارالأدوار الرئيسية للعوامل التاريخية والشخصية ، والمشكلات البيئية والإكلينيكية الحالية التي قد تسهم في حدوث العنف والعدوانية. إن العلاجات النفسية لهذه المجموعة من الناس لم يتم وصفها بشكل واسع في الأدبيات ، ومع ذلك ، تبين أن العلاجات السلوكية المعرفية فعالة في تقليل حدة وتكرار الأعراض الذهانية لدى الأفراد الذين يقاومون علاج الذهان(Wykes et al., 2008)والغضب(Novaco, 2002) ، واستخدام المواد المرتبط بالمشكلات لدى العملاء ذوي مشكلات الصحة العقلية الحادة (Barrowclough et al., 2010). ومع ذلك ، هناك تقييم بسيط لدمج هذه المداخل لدمج هذه المداخل لمخاطبة مشكلات معينة لدى الأفراد الذين لديهم تاريخ من العدوانية والعنف ، ومع ذلك ، فقد تم مخاطبة هذا الموضوع في إعداد تدخل إكلينيكي جديد للأفراد الذين يعانون من الشيزوفرنيا ، والذين لديهم أعراض ذهانية متواصلة ، وتاريخ من العنف والعدوانية : برنامج بيكاسو PICASSO program (Haddock et al., 2009). البرنامج عبارة عن صياغة تقوم على التدخل الموجه

بالعلاج السلوكي المعرفي الذي يعتبر الدور الفريد لأعراض الذهان ، الغضب ، استخدام المواد والمخدرات البيئية للغضب ، ولقد تم تقييم التدخل في تجربة صغيرة عشوائية الضبط ، أشارت إلى أن التدخل كان متفوقا على المعالجة الضابطة (العلاج النفسي بالنشاط الاجتماعي ، وهو تدخل يتجانس مع وقت التواصل مع المعالج ولكن يركز تماما على مشاركة الفرد في الأنشطة التي يستمتع بها العملاء وليس العلاج النفسي) في تحسين الأوهام ، وتقليل العنف ، وتقليل التعرض للخطر. ولقد تم تقديم التدخل خلال ستة أشهر ، بمتوسط 17 جلسة ، وقد تصل إلى 30 جلسة. معظم الناس الذين اشتركوا في التجربة لم يكونوا مرضى داخل المستشفى (فبعضهم كان يعيش في أماكن آمنة) ، ولديهم تاريخ من العنف والعدوانية. لم يتهرب من العلاج سوى القليل ، وهذا دليل على أن المدخل كان مناسبا للعملاء الذين من الصعب إشراكهم في العلاجات النفسية.

إن تأكيد التدخل كان على رؤية أي عدوان أو عنف على أنه شيء ليس له مكان لدى الفرد ، ولكن شيء ما كنتاج لنظام معقد من المتغيرات دائمة التغيير. ينظر إلى حدوث العنف على أنه نتاج تفاعل ديناميكي بين الذهان ، والغضب ، والبيئة وتعاطي المواد . هذه العوامل الرئيسية تسهم في احتمالية حدوث العنف ، والذي سوف يحدث متى تم الوصول إلى العتبة والتي لا يستطيع الفرد عندما منع نفسه من العنف. كما ينبغي أيضا اعتبار هذه العوامل في سياق التحديات الخاصة التي يواجهها أفراد هذه المجموعة. فهم يقيمون على الوحدات الآمنة ، ولديهم مدى من الاحتياطات المعقدة مقارنة بالأفراد العاديين في مجتمعهم المحلي. على سبيل المثال ، على الرغم من وجود بعض التباينات ، إلا أن من المحتمل أن لدى هذه الفئة من الناس تاريخ من التحديات السابقة للخدمات بلغة الغضب و العنف ، والتي تحدث في الغالب داخل سياق تاريخ من التعاطي المزمن للمواد ، ومن المحتمل أيضا أن يقاوموا الطرق التقليدية من العلاج ، كما أن الأعراض الذهانية والمعتقدات الدائمة ربما تتداخل مع التقييمات والعلاجات التقليدية ، بالإضافة إلى ذلك ، فإن بروفيل الأعراض لديهم قد يشتمل على أنواع معينة من الهلوسات الآمرة ، المعتقدات الوهمية التي تتدخل مع العلاقات البينشخصية

، والمشاركة في الخدمات ، والبارانويا الشديدة. بالإضافة إلى ذلك ، فإن من الشائع بالنسبة لهؤلاء العملاء ألا يتم دعمهم أو مساعدتهم اجتماعيا خارج الموقف الحياتي الحالي بسبب تاريخهم من التخلف التدريجي في العلاقات الأسرية والبينشخصية.

هذه العوامل الخاصة ربما أسهمت في الصعوبات السابقة في مشاركة الفرد في العلاج ، ومن المحتمل أن تؤثر على المشاركة في العلاج النفسي. وبالتالي ، ينبغي تعديل العلاج السلوكي المعرفي لمساعدة هؤلاء الأفراد على المشاركة في هذا المدخل. وبرنامج بيكاسو PICASSO يدمج المداخل الدافعية للمقابلة (Miller & Rollnick, 2002) مع العلاج السلوكي المعرفي لتعزيز المشاركة. وهذا يقوم على الافتراض الذي مؤداه أن موقفهم الحالي – على الأقل لبعض العملاء – يتطلب منهم أن يكونوا عدوانيين وعنيفين ، ولكي ما يتقدم العلاج من الضروري تحقيق كسب في مشاركتهم في تحديد والتعرف على أن سلوكهم إشكالي ، وأن التغيير سيكون في مصلحتهم.

المشاركة Engagement

قد يكون العملاء بدرجة من الصعوبة بحيث لا يشاركون في العلاج ، وبالتالي لابد من مراعاة ذلك قبل محاولة التقدم في التدخل النفسي المعقد ، فالعلاج السلوكي المعرفي تشاركي ولا ينبغي تقديمه إلا إذا كانت لدى الأفراد الرغبة في التغيير ، فالتقدم عندما لا تكون لدى العميل الدافعية للتغيير قد يقوض العلاقة بين العميل وخدمات الصحة العقلية. ربما لا يرغب العميل في المشاركة في العلاج لعدة أسباب ، منها أن الفرد لا يوافق على أن لديه مشكلات في الصحة العقلية ، ولا يوافق على التشخيص ، وقد يرى أن العلاج الذي يأخذه غير صحيح وغير مطلوب ، ومن ثم ليس هناك داعي لقبول العلاج المقدم له. بالإضافة إلى ذلك ، ربما تم استخدام العلاج الطبي للتحكم في أو السيطرة على الأحداث العدوانية في الماضي وهذا ربما يتداخل مع رغبة العميل في المشاركة في حوار آخر عن العلاج مع العاملين في الصحة العقلية ،

والذي يراعهم غير متعاونين. كما أن المعتقدات الذهانية ربما تجعل العميل يتشكك في نوايا المعالج ، وهذا قد يؤدي على عدم الرغبة في مناقشة الأعراض أو المشكلات.

من الضروري العمل بشكل تشاركي مع العميل للتغلب على القضايا السابقة ولتحديد القضايا الأكثر أهمية بالنسبة للعميل حتى يتم العمل فيها. من الممكن أن تكون المداخل الدافعية للمقابلة مفيدة جدا في إشراك الناس في العلاج ، حيث هناك مقاومة لعمل ذلك (Miller & Rovllnick, 2002). لقد تم إعداد هذا المدخل في الأصل لمساعدة الناس الذين يتعاطون المواد على المشاركة في العلاج ، ومع ذلك ، تبين أنه مفيد في العمل مع الأفراد الذهانيين للمشاركة في العلاج السلوكي المعرفي (Barrowclough et al., 2010, Haddock et al, 2009). المقابلة الدافعية عبارة عن أسلوب مقابلة يهدف إلى مساعدة العملاء بشكل تشاركي لتحديد أهدافهم الرئيسية وطموحاتهم الرئيسية ، والسلوكيات والعوامل التي سوف يشتركون فيها ، والتي تمنعهم من العمل نحو هذه الأهداف. على سبيل المثال ، بالنسبة للعديد من الأفراد الذين هم في برنامج بيكاسو PICASSO ، فقد تمثلت الأهداف الرئيسية في الخروج من المستشفى ، والعيش حياة طبيعية ، وهكذا ولقد كان محور تركيز مرحلة المشاركة الأولى على مساعدة العميل في التعرف على ما هو الأكثر أهمية بالنسبة له ، وما يتداخل مع تحقيق هذه الأهداف. بالنسبة لكثير من هؤلاء العملاء ، تبين أن ما يسهم في نقص تحقيق التقدم في الخدمات هو العدوانية المستمرة وعدم المشاركة في العلاج. ومن خلال توفير بيئة داعمة ، وتعاطفية ، وتشاركية ، والتي يتم فيها استكشاف ذلك ، استطاع العملاء استكشاف موقفهم الحالي وسلوكهم الحالي ، وتحديد ما الذي يمكنهم القيام به حتى تتحقق أهدافهم. فإذا ما حددوا أنهم يرغبون في تحقيق التغيير فإن هذا يتطلب تقييما إضافيا من العلاج السلوكي المعرفي ، وأيضا صياغة أخرى ، وتدخل آخر ، ولا يتم إعداد التدخل إلى مدخل علاج سلوكي معرفي تقليدي إلا إذا حدد العميل أنه يريد إحداث التغيير. ومت تم الاتفاق على المجالات أو الأهداف الرئيسية ، فإن هدف المعالج هو بناء فهم جيد وصياغة جديدة لتوجيه تطبيق استراتيجيات التدخل للعلاج السلوكي المعرفي. بعد ذلك ، تم تنفيذ تقييم واستكشاف

المحاولات أو التفاعل بين الذهان ، الغضب ، تعاطي المواد ، والبيئة من الممكن أيضا أن التقييم البنائي – إذا كان مطلوبا – يكون مفيدا في رسم صورة كلية مكتملة عن الصعوبات التي يمر بها العميل.

التقييمات المفيدة Useful Assessments

1. الذهان Psychosis : من الممكن تقييم تأثير وحدة الأعراض الذهانية وغير الذهانية باستخدام المقابلات البنائية مثل جدول المتلازمة السلبية والإيجابية the Positive and Negative Syndrome Schedule (PANSS) ، والذي يسمح باستكشاف تفصيلي لخبرات الفرد. كما أن مقاييس تقدير الأعراض الذهانية (the Psychotic Symptom Rating Scales PSYATS) يعد مقابلات عميقة حيث إنها تسأل عن محتوى الخبرات ، وعن معتقدات وتوترات الفرد كرد فعل أو استجابة لهذه الخبرات. من الممكن أن تكون هذه التقييمات التي تقوم على الذهانية لدى الفرد ، والتي يمكن استخدامها لتوجيه العلاج ومراقبة التقدم. ومن التقييمات الأخرى المفيدة مقياس مودسلي لتقييم الأوهام Maudsley Assessment of Delusions Scale (Buchanan et al, 1993) ، وهو يستكشف المعتقدات الوهمية وارتباطاتها الانفعالية ، والمعرفية والسلوكية تفصيليا ، وتقرير استبيانات التقرير الذاتي لمستخدم الخدمات عن سمات خبرته الذهانية ، على سبيل المثال مقياس خبرة الذهان لمستخدم الخبرة (Haddock et al, 2011) ، واستبيان المعتقدات والأصوات (Chadwick et al., 2000).

وهذه الأدوات يمكن أن تساعد على التقييم السلوكي المعرفي وتساعد على بناء صورة واضحة عن طبيعة الخبرات ، وتأثيرها على مبادئ الفرد ، والخبرات البينشخصية ومعارفهم ، والوجدان والسلوك بهدف تحديد كيف أن السمات الخاصة لخبرات الفرد قد تسهم / قد لا تسهم في نقص التقدم نحو تحقيق هذه

الأهداف ، وكيف يمكن أن يتفاعل الذهان ، والغضب ، والبيئة البينشخصية ، وتعاطي المواد.

2. تقييم الغضب Assessing Anger : من الممكن تقييم خبرة الغضب لدى الفرد بشكل أكثر شمولية وذلك باستخدام مقاييس التقرير الذاتي. ويعتبر مقياس نوفاكو للغضب The Novaco Anger (Novaco, 2003) من أكثر المقاييس استخدام لدى عينات الذهانيين الجنائيين ، وهو مقياس تقرير ذاتي ، يطلب من الأفراد وصف ما يحبون عندما يكونوا في حالة الغضب بلغة الطريقة التي يؤثر بها على تفكيرهم ؛ ومستوى الإثارة لديهم ، وسلوكياتهم (مثلا هل يتجادلون ، يصيحون ، يضربون ، يحتفظون به لأنفسهم). كما قد يكون مفيدا أيضا كتفسير لغضب وعدوانية الفرد. هناك مقياس آخر جيد ، يقوم يجيب عنه حراس السجن وهو مقياس تقدير الحراس للغضب (Novaco & Renwick , 2002) ، وهم مصمم لتسجيل ملاحظات الحراس عن الفرد الغاضب ، وعن تهديداته ، وعنفه ومدى ارتباط ذلك بوجود هلوسات معينة وسلوك يدفعه الوهم. هذه المقاييس. مع الاستكشاف الدقيق والحساس لغضب الفرد والمواقف التي يتم فهم استكشاف استثارتهم — يمكن أن تكون مفيدة في إشراك العملاء في المناقشة عن موقعهم الحالي ، وكيف أن غضبهم أو عدوانيتهم تتداخل مع أهدافهم.

3. تعاطي المواد Substance Misuse : لقد تبين وجود علاقة بين تعاطي المواد وحدوث العنف ، وحتى وإن كان الفرد يعيش في منطقة حيث يصعب عليه فيها الوصول إلى المواد ؛ فإن تعاطي المواد من الممكن أن يلعب دورا في احتمالية وجود عنف وعدوانية في المستقبل. فكثير من الناس ربما مروا بأحداث عنيفة عندما يكنوا تحت تأثير المواد ، ورأوا أن تجنب تعاطي المواد هو المفتاح لعدم ممارسة العنف في المستقبل. وهذا قد يكون صحيحا ، إلا أنه قد يؤدي إلى مشكلات تتعلق بالعنف ، يظل مهملا حتى تنشأ مشكلات تعاطي المواد إذا ما انتقل المرض إلى بيئة تصبح فيها هذه المواد متاحة. وبشكل بديلي ، فإن

العملاء ربما لا يخفون رغبتهم في تعاطي المواد ، ويسعون في طلبها لو أن ذلك ممكنا ، مما يجعل الهيئة لتحديد حرية العميل لمنعه من الوصول إلى هذه المواد – وهذا قد يؤدي في الغالب إلى قسوة بين الهيئة والعميل ، وبالتالي ، من المهم معرفة الدور الذي تلعبه المواد في مشكلات الفرد لضمان التعامل معها ومخاطبتها إذا لزم الأمر. وتعتمد مخاطبة هذه المواد على اتجاه العميل نحو تعاطي المواد ودافعيته.

4. العوامل البيئية Environment Factors : كما أوضحنا ، فإن المحتوى الذي تحدث فيه العدوانية أو العنف هام للغاية ، وينبغي أن يشكل جزء رئيسية وعملية التقييم ، ومن الممكن تحصيل فهما جدا من دراسة الظروف التي تحدث وفقا لها الأفعال أو الأحداث ، على سبيل المثال ، هل كانت أماكن معينة ، أفراد بعينهم ، أوقات معينة ذات أهمية ؟ قد لا تكون الظروف واضحة في الحال ، ولكن يمكن أن يستدل عليها من خلال تقييمات أخرى ، ومناقشتها مع الأفراد ، والقائمين على الرعاية. على سبيل المثال ، يشعر فيها بعدم الراحة. فالأفراد الذين لديهم معتقدات بارانويدية عن الآخرين ربما يصبحون أكثر حزنا عندما ينتهي بهم المطاف إلى مواقف بها أفراد آخرين ، على سبيل المثال في وقت الوجبات ، أو حجرة التلفاز. كما أن الأفراد الذين يشعرون بأن هناك عوامل خارجية تتحكم فيهم ، قد يشعرون بالتهديد عند مواجهة مواقف محكومة مثلما يكونوا في مواقف روتينية لا يحبونها.

من الممكن أن مقياس نوفاكو للغضب ، ومقياس تقدير الحراس للغضب يقدمان مفاتيح عن المواقف التي يستثار فيها غضب الفرد. من الممكن جمع المعلومات من ملاحظات الحالة ، واستجواب الهيئة الذين شاهدوا ، أو كانوا في موقف العنف أو العدوان. فإذا لم يبدو أن هناك نمط معين يساهم في حدوث العنف ، إذا من المفيد أن يكون هناك تقييما مفصلا عن الملاحظة.

الصياغة في الإعداد للتدخل

Formulation in Preparation for Intervention

تلك الاستراتيجيات التي تم وصفها أعلاه مع التقييمات الأخرى المناسبة سوف تنتج عن نظرة شاملة لخبرات الفرد ومشكلاته الرئيسية (بما في ذلك الأعراض الذهانية) وكيف أنها ترتبط بالعدوان والعنف. هذا التقييم ينبغي أن يكيف فرديا للصعوبات الخاصة التي يمر بها الفرد بهد فالتعرف على تاريخ خبرات العميل ، وتاريخ مرضه ، وفهم مشكلاته ، من المحتمل أن يشتمل التاريخ الشخصي على : الخبرات المبكرة ، أهم الخبرات حتى الآن ، الموقف الحالي للعميل ، تاريخ استخدام العميل لاستراتيجيات المجابهة ، وكيف يتناسب العدوان أو العنف مع هذا. قد تكون المعتقدات الثقافية عن الغضب والعدوان هامة للغاية. على سبيل المثال قد تكون الأنماط الثقافية التقليدية دوافع هامة لبعض الناس للتصرف بشكل عدواني ، وقد ترتبط بتقدير الذات لديهم. من الممكن للمعالجين استخدام مواد التقييم التي تم تجميعها فتحفيز المناقشة عن الغضب والعدوان أو القضايا الأخرى للمساعدة في إظهار هذه الأنواع من المعتقدات. وهذا قد يكون مفيدا إذا كان هناك تضارب أو إنكار للقضايا المرتبطة بهذه المجالات.

من المحتمل أن يتم تحديد المشكلات في مدى من هذه المجالات ، يشتمل على الذهان ، الأعراض السالبة ، الاكتئاب ، القلق ، المشكلات المالية ، المشكلات الاجتماعية والبينشخصية ، والأسرية ، الغضب ، عدم المشاركة في العلاج والتشخيص. ينبغي أن يتناقش العميل والمعالج بشأن الأولويات للصياغة والتقييم لمخاطبة واحدة أو اثنين من المجالات الرئيسية ، ومع ذلك ، مهما تكن الأولويات التي تم الاتفاق عليها ، ينبغي على المعالج التأكد من دمج العدوان والذهان في التقييم والصياغة بطريقة ما. حتى عندما لا يعترف بأن الغضب أو العدوان مشكلة ، فمن الممكن صياغتها في سياق الاستجابات الطبيعية للمواقف الصعبة أو التي لا يمكن تحملها. من الممكن استخدام صياغة إكلينيكية محكمة للذهان والعدوان كأساس للتقييم والتدخل ، وينبغي إعداد خطة تشاركية للتدخل.

التدخل Intervention

ينبغي التشاور بشأن المجالات المراد التغيير فيها ، وينبغي وضع خطط عمل معا. قد تنطوي الخطط على العمل الذي يتطلبه العميل ، والمعالج ، ومنسق الرعاية ، والأخصائي الاجتماعي أو الأقارب أو المعنيين بعملية الرعاية. عند المساعدة في التعامل مع الذهان ، ينبغي تحديد مكلات تعاطي المواد والغضب كأولويات ، و من المحتمل أن تكون التدخلات السلوكية المعرفية الفردية للأعراض الذهانية والغضب وتعاطي المواد مفيدة ، ويمكن تطبيقها بنفس الطريقة التي تطبق فيها على الأفراد الآخرين. نظرا لأن الدافعية والحفاظ على المشاركة هام لهذه المجموعة ، فإن ضمان أن يكون المدخل تشاركي هام أيضا. من الناحية العرفية ، فإن العلاج السلوكي المعرفي يقدمه المعالج عادة في مقابلة أسبوعية مع العميل لمدة ساعة. ومع ذلك ، فإن هذا المدخل لكثير من العملاء — قد لا يكون مناسبا ، والمرونة مطلوبة بناء على العميل. كما أن المشكلات في التركيز ، القلق ، الاهتياج ، والأعراض السالبة يمكن أن تعني أن الجلسات القصيرة مقبولة ، وينبغي التفاوض مع العميل بهذا الشأن.

تحديد الهدف من العلاج النفسي

Identifying the Focus for therapy

ينبغي أن يقدم التقييم استعراضا جيدا لمجالات المشكلات التي يمر بها العميل. ومع ذلك ، ففي المجال الذي فيه مشكلات عديدة من الصعب أحيانا اتخاذ قرار بشأن أولويات هذه المشكلات. إن ضمان تحديد العوامل الرئيسية التي تتداخل مع أهداف الشخص كأهداف أولوية ينبغي أن يحافظ على بقاء الدافعية للمشاركة ، وينبغي أن يشكل الهدف الرئيسي للتدخل على الأقل في البداية ، وقد يتغير ذلك مع التقدم في العلاج ، وينبغي مراجعته على مدار العلاج. إن استخدام الصياغة لاستيعاب المعلومات والتغذية الراجعة للعميل من الممكن أن يساعده في تركيز التدخل ، وهذا ما توضحه دراسة الحالة التالية.

نموذج حالة : باول Case : Example : Paul

يبلغ باول Paul من العمر 42 عاما ، ويعاني منذ 20 عاما من الشيزوفرنيا. فقد مر بخبرة العديد من الإيداع في المستشفى خلال هذه الفترة. كما أن له تاريخ من تعاطي المواد ، وعدد من الهجمات العنيفة والعدوانية على الناس الذين يعيشون في بيئته. كما أودع في السجن لفترة قصيرة منذ 15 عاما نظرا لتعديه على صاحبة السكن الذي كان يعيش فيه. كما كان من الصعب السيطرة عليه خلال الفترات التي أودع فيها في المستشفى ، وقد أحيل مؤخرا إلى بيت الإيواء الآمن بعدما أخذ عددا من الهيئة كرهائن ، وهددهم بالسكين. فقد كان شديد العدوانية والغضب تجاه الهيئة لأنه شعر بأنه أودع خطأ في هذه الوحدة. فقد شعر بأن الهيئة هم الذين استفزوه قبل الإيداع ، وهذا هو السبب في أخذ بعضهم كرهائن. فقد شعر أن عليه إظهار أن علاجه ليس مقبولا ، وأن هذا هو الطريق الوحيد لإظهار ذلك. اعتقد باول أن الهيئة كانوا مخطئين فيما يتعلق بمشكلاته وأنهم لم يستمعوا إليه جيدا ، ولم يحاولوا مساعدته. فلم يكن يحب العلاج الطبي الدوائي ، حيث شعرنا بأنه أصبح كسلانا وكثير النوم. فلم يكن يحب ذلك ، حيث كان يريد أن يظل يقظا في كل الأوقات ليضمن ألا يأتيه أحد من وراء ظهره. فقد كان لديه اعتقاد بأن الهيئة يراقبونه ويضعون ميكروفونات في حجرته وفي التلفاز لمراقبة تحركاته.

ولقد كان على قناعة بأنهم يفعلون ذلك لأن لديه سر هم يريدونه ، وهذا السر قد حصل هو عليه أثناء فترة المراهقة عندما كان يعيش في إسرائيل. فقد كان في شدة الخوف من أن الحكومة ستفعل كل ما بوسعها للقبض عليه ، ولذا كان شديد الحذر واليقظة في بيئته. كما شعر بأنه حبس في الوحدة ، وأنه معرض للهجوم من قبل الهيئة الذين حبسوه هناك. كما شعر باول بقمة الإحباط وشدة الغضب بسبب هذا الموقف الذي هو فيه وأراد من الهيئة مساعدته ، وذلك بأن يعرفوا أن الحكومة تراقبه ، وأراد منهم أن يعلنوا ذلك على الرأي العام في الجرائد. إلا أنه لم يشعر بجدية من أفراد الهيئة ، ولذا غضب منهم غضبا شديدا لعدم الاهتمام. لقد كان غاضبا لدرجة أنه

قصر خبراته على أن لديه " شيزوفرنيا " ، عندما أصبحت خبراته حقيقية ، وتهدد الآخرين ، إلا أن أفراد الهيئة لم ينصتوا إليه ، واستمرا في إعطاءه الأدوية لتي لم يكن يحتاج إليها ، وما كان منه في بعض الأحيان إلا التعدي عليهم بالضرب. أما أخذه لأحد الأفراد رهينة ، فقد كان آخر شيء يضيف إلى ما كان يفعله ، حيث استفزه هذا العضو من كثرة قوله له بأن الحكومة لا تهتم به. غضب باول من ذلك غضبا شديدا ، وسحب ذلك العضو بعنف إلى حجرته ، ولم يكن يريد أن يلحق به أي أذى ، ولكن أراد تخويفه ، وأراد أن يسمع الجميع بأمره.

لقد كان باول غاضبا من أفراد الهيئة الذين في وحدته ، ومن ثم تطلب الأمر أن يكون هناك معالجا محايدا ، وليس أحد أفراد هذه المجموعة ، ليحاول أن يشركه في العلاج. وهذا ما حدث ، حيث جاء أحد المعالجين ، يحاول التوسط بينه وبين الهيئة ، محاولا إيجاد طريقة للأمام. فقد تم صرف العديد من الجلسات للاستماع إلى قصة باول ، وتحديد مشكلاته الحقيقية التي تمنعه من تحقيق أهدافه والتي تتمثل في الخروج من المستشفى ، وتعيش حياة طبيعية ؛ بدون العيش في خوف من أن الحكومة سوف تؤذيه. على الرغم من عدم تحمسه في البداية للمشاركة إلا أنه قرر أن يأخذ بعض الوقت في الحديث عن مشكلاته. لقد تحمس للحديث عن قصته ، وكان من الضروري إعطائه الفرصة للتعبير عن وجهة نظره ، حتى يثق فيمن حوله ويستمر في عرض الفرصة للتعبير عن وجهة نظره ، حتى يثق فيمن حوله ويستمر في عرض مشكلاته. بعد عدة جلسات تبين أن لديه بعض الأهداف الرئيسية – على الرغم من مشكلاته. وهذه الأهداف هي : الخروج من المستشفى ، محاولة العيش حياة طبيعية بدون الشعور بأن أحدا يراقبه ؛ أو بدون خوف ، ويتواصل مع ابنته التي لم يراها منذ 10 سنوات (فهي الآن تبلغ من العمر 15 عاما وتعيش مع صديقة لها). ولقد تم الاتفاق على أن العلاج ينبغي أن يركز على كيفية مساعدته في تحقيق هذه الأهداف من خلال تحديد ما يمنع تحقيقها ، كما يلي :

أ- عدم الاتفاق بينه وبين أفراد الهيئة عن التشخيص والعلاج كان يمنعه من التقدم نحو الأهداف (فهو يريد منهم فهم وجهة نظره ، وهم يريد منه الاعتراف بأن لديه شيزوفرنيا).

ب- إحباطه وغضبه ، حيث وجد أنه من الصعب التحكم فيها خصوصا عندما يفكر في الحكومة وعندما تجاهلته الهيئة أو جعلته يفعل شيئا لا يرغب فيه (وهو أن يأخذ العلاج الطبي الدوائي).

ج- رغبته في العودة إلى تناول الكحول والحشيش بمجرد إخلاء سبيله. وهذا الأخير مهم ، حيث أخبر بأنه لن يخلى سبيله إلا إذا وعد بألا يعود مرة أخرى إلى تعاطي الكحول أو المخدرات.

لقد كان باول يتناول دائما الكحول والحشيش ، ولا يرى فيها شيئا خطأ. فكل أصدقائه وأسرته يتعاطونه ، ولا يعرفون سبب معارضة أفراد الهيئة له في ذلك ، ولا يعلم لماذا عليه أن يخبرهم بأنه لن يتعاطاه .

إن توضيح هذه القضايا جعل الفرصة سانحة لعمل خطة واضحة للتدخل بين المعالج وباول ، ومع أفراد هيئة السجن. فقد بدأت بمراجعة علاجه الطبي لرؤية ما إذا كان من الممكن تحديد شيئا ما يكون به أكثر سعادة ، ومباشرة المناقشة وجها لوجه وكذلك عمل تقييم حول التشخيص ، والغضب ، والإحباط والمعتقدات الوهمية ، مع وجهة نظر تتمثل في تحديد العلاج السلوكي المعرفي الذي ربما يكون مفيدا ، وتحديد شخص في الوحدة يمكنه مساعدته على الاتصال بابنته. لم يتم مخاطبة تعاطي المواد بشكل صريح ، ومع ذلك ، تم مخاطبة واستكشاف ما إذا كان تعاطي المواد قد أدى إلى تفاقم مشكلاته في الماضي (وربما يحدث ذلك أيضا في المستقبل) ، حيث تم مخاطبة ذلك خلال جلسات العلاج السلوكي المعرفي.

سعد باول كثيرا بهذا المدخل ، حيث تبين أنه يركز بشكل واضح على مساعدته في تحقيق أهدافه. لقد تم تنفيذه التقييم والتدخل خلال 28 جلسة ، مع بعض الجلسات المشتركة مع الهيئة لتيسير المعلومات المشتركة وللتأكد من أن كل الهيئة يستخدمون مدخلا شائعا لرعايته. كما كان الهدف أيضا إعادة تأطير مشكلات باول

لكي ما يتم فهم عزو الهيئة عن سلوكه ، بمعنى أن معتقداته الوهمية قد لعبت دورا هاما في غضبه وعدوانيته. وهذا قد تم تيسيره من خلال المشاركة في الصياغة التفصيلية مع باول خلال الجلسات. وقد اشتمل ذلك على تعرف باول على أن بعض معتقداته عن الحكومة قد لا يكون صحيحا تماما ، وأن بإمكانه أن يحيا حياة طبيعية على الرغم من تداخل الحكومة. إن استكشاف معتقداته قد ساعده على الاعتراف بأن تفكيره قد جعله يخطئ في تفسير بعض المواقف ، وأنه في بعض الأحيان كان على خطأ فيما يتعلق بالحكومة. وهذا قد جعله يعترف بأن بعض مشكلات الصحة العقلية يمكن أن تعزى إلى بعض معتقداته ، وهذا يعني أن من الصواب أخذ العلاج الدوائي الطبي ، وهذا كان له تأثيرا معتبرا على غضبه نحو الهيئة حيث اعترف بأنهم ربما كانوا مفيدين في مساعدته على التحكم في بعض الأعراض والسيطرة عليها. بالإضافة إلى ذلك ، ساعده أفراد الهيئة حيث استطاعوا ترتيب لقاءات بينه وبين ابنته. وهذا قد أدى إلى تقليل دال في الغضب والإحباط. ومع بعض المساعدة في إدارة الغضب باستخدام استراتيجيات العلاج السلوكي المعرفي (مثل مراقبة الذات لمساعدته على تحديد الوقت الذي يكون فيه مثارا ، التسلسل لتحديد المواقف التي تستثيره ، أو تستفزه ، وإعادة التأطير المعرفي لمساعدته على إعادة تقييم مواقف الغضب ، وتعلم الاستراتيجيات التي تقلل من الاستثارة ، والتي يمكن استخدامها في المواقف الصعبة ، استطاع ان يتفاعل بسهولة مع أفراد الهيئة ومع النظائر ، كما استطاع أن يتواصل مع ابنته.

يوضح باول قضية رئيسية عند العمل مع الأفراد الذين لديهم نفس النوع من المشكلات ، ويضح أيضا أنه لا بد من وضع الدافعية في الاعتبار كجزء هام في عملية المشاركة ، يحتاج الناس إلى الإيمان بأن هناك شيئا ما مهم لكي يسعون نحو تغيير سلوكهم ، ومن الشائع أن يلعب الغضب والعدوانية دورا هاما لهم ، والإقلاع عن هذا ربما يحتاج إلى جهد. وبالتالي فلابد من تقديم الدافعية الداخلية ، وبدون هذا التغيير ، فإن الجهود والعلاج السلوكي المعرفي لن ينجحا ، ولن يكونا مفيدين. ومع ذلك ، متى تم توضيح الأهداف ، وتحديد كيف يتداخل الذهان ، والغضب ، وتعاطي المواد وهكذا مع تحقيق هذه الأهداف يعلي من شأن الأولويات للعلاج أو التدخل. من الممكن

أن يرتكز التدخل على مدى واسع من المشكلات أو الاحتياجات ، وقد لا يرتبط دائما بالتدخل مع الأعراض الذهانية أو الغضب. مع ذلك ، فمن الممكن تطبيق تدخلات العلاج السلوكي المعرفي المذكورة في هذا الكتاب على هذه المجموعة ، ولا يحتاج ذلك إلى تعديلات معينة غير تلك المذكورة أعلاه. المداخل التالية مفيدة متى تم تحديد إدارة الغضب أو السيطرة عليه .

استراتيجيات للتعامل مع الغضب

Strategies for working with anger

وصف نوفاكو ورفاقه .Novaco et al تدخلات شاملة للتعامل مع الغضب (Novaco, 2002, Novaco et al.,2000, see Haddock & Shaw, 2008) وتم تبني هذه التدخلات لتطبيقها على الأفراد الذهانيين الذين لديهم مشكلات العدوان وتعاطي المواد في برنامج بيكاسو PICASSO (Haddock et al., 2009).

هذا المدخل يشتمل على الآتي :

النفسي- التربوي ومراقبة الذات للمساعدة في تحديد المجالات المراد تغييرها : إن مساعدة الناس على تحقيق الفهم عن الغضب لديهم ، وعن مكوناته المعرفية ، والسلوكية ، والوجدانية ، وعن وظائفه نقطة بداية هامة عندما يحدد المرء أن الغضب قد يكون مجالا هاما له وللآخرين. وينبغي أن يشتمل ذلك أيضا على تحديد الدور الإيجابي للغضب في تحفيز الفعل أو محاولات حل الصراع بالإضافة على النتائج السلبية المحتملة التي قد تنشأ إذا ما أدى الغضب إلى العدوان أو العنف. إن صياغة الغضب بلغة العلاج السلوكي المعرفي يمكن أن يكون مفيدا للغاية في مساعدة الناس في التعرف على وإدراك الغضب لديهم وتحديد الاستراتيجيات التي تساعد في التغلب على مظاهر وسمات هذا الغضب. ومن العناصر الهامة مساعدة الناس على المراقبة الذاتية في المواقف عندما يصلوا إلى درجة الغضب. وهذا قد يساعدهم على تحديد المثيرات البيئية للغضب وكيف أن ذلك يؤثر على تفكيرهم ، وانفعالاتهم وسلوكياتهم. يرغب بعض الناس في الاحتفاظ بمذكرة يومية أو ورقة للتسجيل ، مثلا يفعل آخرون

لاستخدامها في تسجيل أنماط التفكير السالبة للاكتئاب ، وهذا قد يستخدم لتحديد المجالات المراد تغييرها. على سبيل المثال ، الأفراد الذين يلاحظون أنهم محزونون أو غاضبون عند التعامل مع شخص معين ، قد يكونوا على وعي بأن هناك شيء ما في هذا التفاعل هو الذي يسبب لهم الحزن. وقد يعود ذلك إلى عدة أسباب ، على سبيل المثال المعتقدات الوهمية التي يكون الذهان دافعا لها ، أو البارانويا أو قد يعود ذلك إلى الاستفزاز المبرر من ذلك الشخص. إن فهم السبب الذي يؤدي إلى الغضب يحدث المصدر الصحيح للتدخل. في الأول ، قد ينطوي التدخل على استكشاف واختبار المعتقدات الوهمية ، بينما بالنسبة للأخير ، فإن التدخل قد ينطوي على تغيير الطريق التي تتفاعل بها الأفراد مع الشخص الذي يستفزهم. من الممكن أن الفرد والمعالج يفحصان المعارف التي ربما تسهم في مشاعر الاستفزاز والغضب ؛ واستخدام أساليب العلاج السلوكي للمساعدة في تعديل والتقليل من تأثير هذه المشاعر. إن الوعي بالكيفية التي تعمل بها الاستثارة الفسيولوجية لتضخيم المواقف التي تستميل الغضب من الممكن أن يكون مفيدا في ضمان أن هذا يتم التعامل معه في العلاج أيضا.

استخدام هرميات الغضب : إن نظم الهرميات التي تساعد الأفراد على تحديد المواقف المعينة التي يكون فيها الغضب إشكالي على وجه الخصوص — مفيدة للغاية. فمن الممكن أن تساعد في تحديد المواقف التي تستثير الغضب بطريقة متدرجة ، المواقف ذات الإثارة المنخفضة على العالية ؛ والخصائص التي تستميل الغضب. من الممكن أن تستخدم في تحديد المواقف الأكثر إشكالية ؛ لتحديد الاستراتيجيات المناسبة لمجابهة هذه المواقف الإشكالية ، وتقديم السلم المتدرج لتقديم التغيير في المواقف الأقل استفزازا في البداية ، ثم الصعود إلى تلك المواد الأكثر إثارة ، وهذا يسمح الفرد بممارسة المهارات في المواقف الأقل تحديا ، وتلقى التغذية الراجعة للمجابهة في هذه المواقف استعدادا لاستخدام هذه المهارات في مواقف أكثر تحديا ، ومساعدة الفرد على إدخال أنفسهم في تحديات أكثرة حدة.

التعامل مع المعارف والمعتقدات : من الممكن استخدام هرميات الغضب لتحديد الأفكار والمعتقدات الرئيسية في علاقتها بالغضب ، ويمكن تيسير تحديد التقييمات البديلة

واستراتيجيات المجابهة. من الممكن استخدام الاستراتيجيات المعرفية لإظهار الأفكار البديلة والتشكك في الاستنتاجات في علاقتها بالتفكير غير الدقيق والمشوش. من الممكن استخدام التجارب السلوكية لاختيار البدائل وممارسة المجابهة.

من المهم أيضا مناقشة، وتحديد، واستكشاف المعتقدات الرئيسية في علاقتها بأداء ومعنى الغضب والعدوانية. قد يكون من المفيد استكشاف المعتقدات الشائعة المرتبطة بالتعبير عن الغضب الذي يوجب العنف والعدوانية لإظهار السيطرة أو التوكيد. إن دراسة كيف أن التغيرات التي تتعلق بالعدوانية والعنف في ضوء هذه المعتقدات مطلوبة لإيجاد طرق بديلة للأفراد لإظهار هذه الخصائص، وهذا قد ينطوي على التدريب على التوكيد أو استراتيجيات بناء تقدير الذات.

التعامل مع القضايا البيئية

working with Environmental

إن التأكد من أن التدخل يضع في الاعتبار دور العوامل البيئية وعلاقتها بالغضب والعدوانية ضروري لضمان أقصى درجة من تعميم التدخل. فبعض الناس قد يجدون من الصعوبة المشاركة في العلاج النفسي الذي يشتمل على التعامل وجها لوجه (واحد – لواحد)، وفي هذه الحالات، فإن تركز التدخل على البيئة قد يكون هو الهدف الرئيسي للعمل العلاجي وليس العلاج السلوكي المعرفي الشخصي. إن برنامج بيكاسو PICASSO يعلي من شأن أهمية تحديد عضو معين في الهيئة أو مقدم للرعاية يمكن أن يعمل كعامل مساعد أو ميسر للعلاج السلوكي المعرفي. على الأقل، حتى بالنسبة للأفراد الذين يشتركون بشكل جيد في العمل الفردي فإنه ينبغي تنفيذ مقابلات مشتركة بين عضو الهيئة أو مقدم الرعاية، والعميل والمعالج (في العلاج السلوكي المعرفي) – مبكرا في العلاج، وفي منتصف العلاج، وفي نهاية العلاج لدعم التعميم والمشاركة في الأهداف الرئيسية للعلاج التدخلات. وهذا يضمن تقييم العلاج على الأعضاء الآخرين في الفريق، ويساعد في تحديد كيف تتفاعل اتجاهات الهيئة وسلوكياتهم مع مشكلات وهموم الفرد، ويساعد في تيسير الاتجاه وتغيير السلوك مع

الهيئة إذا احتاج الأمر إلى ذلك ، ويساعد في ضمان أن التغيرات التي طبقها العميل والهيئة متفق عليها ، وهذا المدخل هام مع الأفراد العدوانيين داخل الخدمات ، والذين يعيشون داخل بيئات المستشفى والبيئات الآمنة ؛ حيث إن الشعور الشائع هو عدم السيطرة والتأثير على العلاج ، وخططهم المستقبلية لعدم المشاركة أو التقدم. إن الخروج من المستشفى بالنسبة لكثير من الناس هو الهدف الرئيسي وأن مثل هذه المقابلات المشتركة من الممكن أن تكون قوية في المساعدة في الحصول على الفهم المشترك بين فريق الرعاية للصحة العقلية والفرد.

وهذا قد يكون مفيدا أيضا في تيسير العلاقات العملية الجيدة بين الهيئة والفرد. فالهيئة في المستشفيات ووحدات الأمن يعملون في بيئات تحدي ، ومن المتوقع في بعض الأحيان أن يضطلعوا بأدوار متصارعة. على سبيل المثال ، من المتوقع أن يعملوا كمقدمي رعاية ، حيث يطلب منهم تقديم المدخلات العلاجية ، والدعم والرعاية الاجتماعية والنفسية ، وعلى الجانب الآخر ، من المتوقع منهم تنفيذ إجراءات صارمة والإعلان عن المخاطر والمجالات الأخرى من المشكلات ، والتي تؤثر على احتمالية عدم مشاركة الأفراد. هذا النوع من الدور المزدوج يمكن أن يعوق تنمية العلاقة العلاجية والجلسات المشتركة يمكن أن تركز على محاولة مخاطبة هذا الصراع المحتمل بالنسبة للهيئة ومستخدمي الخدمات. وهذا قد يكون مفيدا للجانبين ويساعد في ضمان أن الهيئة الذين يتصرفون بشكل فيه إهمال ؛ وبطرق تضخم من سلوكيات العملاء بنظم علاجية غير مناسبة أو غير مساعدة من الممكن تحديدها. كما أن الجلسات الفردية مع الهيئة يمكن أن تساعدهم أيضا على تنمية الطرق البديلة للاستجابة العدوانية والعنف من خلال أن يكون الأفراد على وعي بالصياغة السلوكية المعرفية لمشكلات العميل.

تعزيز التقدم واستخدام " دليل البقاء في حالة جيدة "

Consolidating Progress and use of the staying well manual

إن العلاج السلوكي المعرفي قصير المدى ، ومع ذلك ، فإن الأفراد الذهانيين الذين كانوا عنيفين أو عدوانيين لديهم تاريخ طويل من مشكلات الصحة العقلية ، وسوف يستمرون في تلقي الخدمات خلال فترة طويلة من الزمن. ونتيجة ذلك ، ينبغي الاعتراف بأنه - على الرغم من أن تدخل العلاج السلوكي المعرفي قصير المدى نسبيا (من 9 أشهر إلى ستة) – فإن تأثير التدخل ينبغي أن يستمر إلى ما بعد نهاية التدخل. ولكي يتم تيسير ذلك ، يتم تعزيز وتعميم استراتيجيات " البقاء في حالة جيدة " لضمان المكاسب العلاجية ، وينبغي أيضا دمجها في الحزمة العلاجية لكل عميل ، عادة نحو نهاية العلاج. إن مقدار التفاصيل والصعوبة سوف يعتمد على التقدم الذي يحقق أثناء العلاج. الأشياء تتضمن : وصف للاحتياطات / المشكلات الرئيسية التي تم تحديدها أثناء العلاج ؛ ملخص عن فهم الفرد وصياغته لمشكلاته ، والتي تدمج – إذا كان ذلك مناسبا – المجالات الرئيسية للغضب ، وتعاطي المواد ، والبيئة والعدوانية / العنف ، وملخص عن المداخل التي تم استخدامها للمساعدة في مخاطبة هذه المشكلات ، والأشخاص الذين قاموا بتنفيذ هذه المداخل ، وكيف يمكن أن تستمر هذه المداخل لضمان الفائدة المستمرة لأي مداخل مفيدة ، وهذا ينبغي أن ينطوي أيضا على تحديد الأفراد المهمين الذين يمكن تخصيصهم لتنفيذ مهام معينة بعد نهاية فترة العلاج المكثف. في الغالب هذا الشخص هو مقدم الرعاية الذي يصبح مسئولا عن المقابلة مع العميل بشكل منتظم لمراقبة القضايا الظاهرة أو الاحتياطات الواضحة ، والمساعدة في تطبيق استراتيجيات العلاج السلوكي المعرفي إذا لزم الأمر ذلك. كما ينبغي أيضا دمج خطط المراقبة الخاصة بالانتكاسة ، وأوقات الخطر من الممكن تشجيع الفرد على استخدام نظام إشارات المرور ، لمساعدته على مراقبة خطة البقاء في حالة جيدة (Haddock & Shaw, 2008). وهذا يساعد الفرد على تحديد كيف هو من خلال ربط ذلك بألوان إشارات المرور ، وهذا يمكن تمثيله في شكل مصور. فالأخضر يصور حالة يشعر فيها العميل بأنه على ما يرام ، ويشعر بأنه يتحكم في مجالات

المشكلات الرئيسية ، ويشعر بأنه قادر على مجابهة الضغوط اليومية. من الممكن هنا وصف الاستراتيجيات التي تساعد الفرد على أن يبقى في مرحلة " الأخضر " أما الأصفر الكهرماني ، فيصور الحالة التي يكون الفرد قد بدأ فيها المرور بخبرة بعض تضخمات الأفكار والمشاعر والتي تسهم في جعل الخبرات أو المشكلات أكثر سوء. وهذه تعتبر مرحلة الإنذار التي تستثير بعض العمل من قبل الفرد والآخرين لمنع مزيد من التضخيم ، وتيسير العودة إلى مرحلة الأخضر. أما اللون الأحمر فيعتبر حالة الخطر. إن تحديد والتعرف على هذه الإشارات يمكن أن يساعد في ضمان حدوث الأفعال المتفق عليها بشكل تشاركي ،وهذا سوف يتباين بناء على الاحتياجات الفريدة للفرد ولكن قد ينطوي على التغيير في نظام العلاج ، ووسائل الحياة ، وينطوي على أفعال تقوم بها الهيئة والأسر وهكذا. إن وجود خطط لهذه المرحلة متفق عليها بين الفرد ومقدمي الرعاية قبل الدخول إلى مرحلة " الأحمر " يقلل من احتمالية الصراع.

إن صعوبة النظام السابق هذا يمكن أن يتباين من أوصاف بسيطة إلى تفسيرات أكثر تفصيلا. من المفيد وصف كل مرحلة بلغة الطريقة التي يختبر لها الفرد مشاعره ، ومعارفه ، وسلوكياته بالتوافق مع نموذج العلاج السلوكي المعرفي وما يصاحبه من استراتيجيات لمخاطبة كل هذا. كما أن دليل البقاء في حالة جيدة يمكن أن يشتمل أيضا على معلومات مفيدة يتم اكتسابها أثناء العلاج مثل المواد الورقية ، والمواد التربوية النفسية. من الممكن أيضا وضع أرقام التليفونات والاتصالات لضمان أن يكون لدى الفرد كل الموارد التي يحتاج إليها في الحزمة الفردية أو الشخصية. تجدر الإشارة إلى أن إعداد هذا الدليل سوف يكون بشكل تشاركي ، أي بمشاركة الهيئة. حتى وإن كان الفرد لا يرغب في العمل في خطة البقاء في حالة جيدة بشكل فردي ، إلا أن الدليل هام بالنسبة للهيئة حتى يستطيعوا الرجوع إليه. من الضروري أيضا أن يحدث اتفاق على الدليل من أفراد آخرين ويشاركون في إعداده إذا لزم الأمر ذلك. كما أن مشاركة العميل وإذنه مهم أيضا.

المراجع

Arseneault , L. , Moffitt , T.E. , Caspi , A. et al . (2000) Mental disorders and violence in a total birth cohort: results from the Dunedin Study . Archives of General Psychiatry , 57 (10) , 979 – 986 .

Barrowclough , C. , Haddock , G. , Wykes , T. et al . (2010) A randomised controlled trial of integrated motivational interviewing and cognitive behaviour therapy for people with psychosis and co-morbid substance misuse – the MIDAS trial . British Medical Journal , 341 , c6325 .

Buchanan , A. , Reed , A. , Wessley , S. et al . (1993) Acting on delusions (2): The phenomenological correlates of acting on delusions . British Journal of Psychiatry , 163 , 77 – 81 .

Chadwick , P. , Lees , S. and Birchwood , M. (2000) The revised beliefs about voices questionnaire (BAVQ-R) . British Journal of Psychiatry , 177 , 229 – 232 .

Haddock , G. , Barrowclough , C. , Shaw , J . et al . (2009) Randomised controlled trial of cognitive behaviour therapy versus a social activity controlled treatment for people with psychosis and a history of violence . British Journal of Psychiatry , 194 (2) , 152 – 157 .

Haddock , G. and Shaw , J. (2008) Understanding and working with aggression, violence and psychosis. In Mueser , K.T. and Veste , D.V. (eds) The Clinical Handbook of Schizophrenia (pp. 398– 410). New York: Guilford Press.

Haddock , G. , Wood , L. , Watts , R. et al . (2011) Service User Experience of Psychosis Scale (SEPS): Psychometric evaluation of a scale to develop assess outcome in psychosis. Schizophrenia Research , 133 , 244 – 249 .

Link , B.G. and Steuve , A. (1994) Psychotic symptoms and the violent/illegal behavior of mental patients compared to community controls . In J. Monahan and H.J. Steadman (eds) Violence and Mental Disorders (pp. 137– 159). Chicago , Chicago University Press.

Miller , W. and Rollnick . (2002) Motivational Interviewing , 2nd edn. New York: Guilford Press .

Monahan, J. , Steadman , H. J. , Silver , E. et al . (2001). Rethinking Risk Assessment: The MacArthur Study of Mental Disorder and Violence . Oxford : Oxford University Press.

Novaco , R.W. (2002) Anger control treatment . In G. Zimmar (ed.) Encyclopaedia of Psychotherapy Volume 1 (pp. 41– 48). New York: Academic Press.

Novaco , R.W. (2003) The Novaco Anger Scale and Provocation Inventory . Los Angeles: Western Psychological Association.

Novaco , R.W. , Ramm , M. and Black , L. (2000) Anger treatment with offenders . In C. Hollin (ed.) Handbook of Offender Assessment and Treatment (pp. 281 – 296). London : Wiley .

Novaco , R.W. and Renwick , S.J. (2002) Anger predictors of assaultiveness and the validation of a ward behaviour scale for anger and aggression . Unpublished manuscript .

Wallace , C. , Mullen, P. and Burgess, P. (2004) Criminal offending in schizophrenia over a 25-year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of comorbid substance use disorders . American Journal of Psychiatry , 161 , 716 - 727.

Walsh, E. , Gilvarry , C. , Samele , C. et al . (2004) Predicting violence in schizophrenia: A prospective study . Schizophrenia Research , 67 , 247– 252.

Wykes , T. , Steel , C. , Everitt , B. et al . (2008) Cognitive behaviour therapy for schizophrenia: Effect sizes, clinical models and methodological rigour . Schizophrenia Bulletin , 34 (1) , 523 – 537 .

الفصل السابع

العلاج السلوكي المعرفي للارتداد في الشيزوفرنيا:
بروتوكول علاجي

مقدمة Introduction

يوجد الآن دليل قوي يوضح أن العلاج السلوكي المعرفي للذهان فعال في تخفيف الأعراض الموجبة ، والأعراض السالبة ، وفي تحسين الأداء والمزاج (Wykes et al., 2008). على الرغم من شك بعض الباحثين (Lynch et al., 2009) في الجودة المنهجية للتجارب الإكلينيكية التي تقوم على العلاج السلوكي المعرفي للذهان ، إلا أن الضبط الكيفي للجودة المنهجية يظهر أن النتائج الخاصة بالأعراض الموجبة قوية (Wykes et al., 2008) ومع ذلك ، فإن هذه المكتسبات الثابتة بلغة الأعراض الموجبة لا تترجم إلى منع الارتداد (Kuipers et al., 2004, Valmaggia et al., 2005, tarrier et al. 1998, Lewis et al, 2002, Bechdolf et al., 2004, Startup et al, 2004, Barrowclough et al., 2006, Garety et al., 2008, Gleeson et al., 2009).

ففي تحليل لدراسة جاريتي ورفاقه الهامة عن العلاج السلوكي المعرفي للذهان للوقاية من الارتداد (2008) ، بين دن وزملاؤه Dunn & Colleagues (2012) أنه عندما يتضمن العلاج السلوكي المعرفي للذهان المكونات الشخصية لاستراتيجيات التغيير السلوكي والمعرفي الخاص ، فإن العلاج السلوكي المعرفي للذهان يعزز زيادة الوقت المنقضي في التخفيف من حدة المرض ، ولكنه لا يقي من الارتداد. لذلك ، لماذا تظل الوقاية من الارتداد هدفا محيرا ؟

في هذا الفصل ، أصف المدخل الأصلي الذي اتخذناه للعلاج السلوكي المعرفي للوقاية من الارتداد (Gumlegy et al., 2003) ، والذي يشير إلى وجود سمتين من السمات الرئيسية لهذا المدخل ،وهما : (أ) الارتداد أولوية لكونه نتيجة أولية رئيسية ، (ب) وأن المدخل إلى الوقاية من الارتداد لم يكن ليستهدف الخبرات الذهانية نفسها ولكن العمليات الوجدانية والمعرفية التي تمثل الأساس للارتداد. تتوافق هذه النظرة مع النظريات الأخرى. على سبيل المثال ، في تحليل بعدي حديث ، يرى ألفريز – جيمينيز وزملاؤه Alvarez – Jimenez and Colleagues (2011) أنه لكي يكون العلاج السلوكي المعرفي للذهان فعالا في الوقاية من الارتداد ، إذاً ينبغي تقديمه في سياق

ترتبط فيه الوقاية من الارتداد بالفرد ، وينبغي تهيئة العلاج السلوكي المعرفي للذهان للوقاية من الارتداد. ولقد أوضحنا من قبل أن استهداف الأعراض الموجبة (مثلا : البارانويا) والميكانيزمات التي تمثل الأساس لها (مثلا : القفز إلى الاستنتاجات) غير كافية للوقاية من الارتداد (Gumley, 2007). كما أوضحنا أن الخبرات الذهانية (الارتداد) تظهر في سياق الخلل السلوكي المعرفي للذهان ، والتي تهيئ للوقاية من الارتداد. ينبغي أن تكون العمليات النفسية والميكانيزمات المرتبطة بالخلل التنظيمي في الوجدان وليس الحفاظ على الأعراض الذهانية في حد ذاتها. وفي هذا الفصل : سوف أبيّن كيف أن ذلك كان هو محور الجدل الرئيسي في مدخلنا للوقاية من الارتداد ، بالإضافة إلى وصف مدخلنا الرئيسي للوقاية من الارتداد (Gumley et al., 2003, 2006). ثم بعد ذلك ، سوف أصف التطورات في مدخلنا كما أوضحتها النماذج النمائية والبينشخصية للخلل التنظيمي في الوجدان (Gumley & Schannaver, 2006).

الارتداد كمظهر للخلل التنظيمي في الوجدان

Relapse as a manifestation of Affect Dysregulation

إن التماثل الانفعالي والارتداد وجهان لعملة واحدة (Gumley, 2007) ؛ فالارتداد يحدث بمعدل 20 – 35 ٪ في العام الأول ، 50 ، 65 ٪ في العام الثاني ، 80 ٪ في خمسة اعوام (Robinson et al., 1999). والارتداد يمثل الأساس لنمو مشاعر الفوضى ، والحيرة ، ويرتبط بالمشكلات في التوافق الانفعالي بعد الذهان، كما أن مشاعر عدم القدرة على الوقاية من الارتداد ترتبط بتنمية الاكتئاب (Birchwood et al, 1993) ، والقلق (Gumley et al., 2004, Karatzias et al, 2007). هذه المشاعر السالبة عن الذهان لها أساسها في حقيقة خبرات الفرد ، وترتبط بالخبرات الذهانية الدائمة ، والإيداعات اللاإرادية ، والوعي بالنتائج السالبة ، ووصمة الذهان ، وفقدان الوظيفة ، وفقدان الوضع الاجتماعي والصداقة (Brooke & Birchwood, 1998).

فمشاعر الخوف ، والاكتئاب ، والعجز ، واليأس ، والحيرة ، والخجل خبرات انفعالية شائعة تسبق الارتداد، كما أن هذه الاستجابات الانفعالية تنشأ من نمو الخبرات ذات المستوى المنخفض التي تشبه الذهان مثل الشذوذ الإدراكي المعرفي ، سماع الأصوات ، والشك ، والحساسية البينشخصية. إن " توليفة " هذه الخبرات حساسة ، ولكن ليست خاصة بالارتداد (Jorgensen, 1998). معنى ذلك أنه في حين تسبق معظم الارتدادات هذه الخبرات ، إلا أن حدوث الخبرات الذهانية ذات المستوى المنخفض المؤتلفة مع التوتر الوجداني لا يؤدي بالضرورة إلى الارتداد.

إن ردود الفعل الخاصة بالمجابهة المعرفية والسلوكية والبينشخصية لدى الفرد ، وكذلك الموارد – تخفف من حدة التوتر الانفعالي. بالنسبة لكثير من الناس ، فإن تهديد الارتداد من المحتمل أن يؤدي إلى توقعات وسوء توجهات كوارثية. إن خبرة الذهان صادمة وجُرحية ، وترتبط في الغالب بخبرة الذكريات الاقتحامية ، والإفراط في ردود أفعال تنافسية ومختلة التوجه مثل التقييمات الكوارثية للارتداد والخوف ، واليقظة ، والحساسية للتهديد البينشخصي من جهة ، والتجنب السلوكي ، والمعرفي ، والانفعالي ، وإرجاء السعي في طلب المساعدة من جهة أخرى (Gumley & Macbeth, 2006). لقد تم تحديد الخوف من الارتداد في السابق في الدراسات الإستعادية عن ظاهرة الارتداد المبكر (Herz & Melville, 1980). إن التوقعات الكوارثية للارتداد (والتي تظهر في الذكريات الأوتوبيوجرافية المؤلمة) يمكن أن تقود إرجاء السعي في طلب المساعدة – وهي استجابة دفاعية مفهومة لتهديد الارتداد. أما النتيجة غير المقصودة لهذا فهي احتمالية حدوث خبرات ذهانية حادة ، والإيداع في المستشفى ، واستخدام إجراءات لا إرادية تؤكد وبذلك يتم التأكيد على التوقعات الكوارثية.

العلاج السلوكي المعرفي للذهان والوقاية من الارتداد

CBTP and Relapse Prevention

في دراستنا عن العلاج السلوكي المعرفي للوقاية من الارتداد (Gumley et al., 2003) ، قمنا بالتقسيم العشوائي لعدد 144 شخصا لديهم شيزوفرنيا – على العلاج السلوكي المعرفي للوقاية من الارتداد (العدد = 72) أو العلاج كالعادة (العدد = 72). تم تقديم المشاركة الأولى على تنمية صياغة فردية لمخاطر الارتداد ، وتم استخدامها لابتكار مقياس الكشف عن العلامات المبكرة الخاصة. هذا المقياس أُرسل بعد ذلك إلى المشاركين بالبريد ، وأعاده المشاركون في مظروف مغلق. الأفراد الذين أصبحوا مؤهلين للمرحلة الثانية من العلاج السلوكي المعرفي للوقاية من الارتداد هم الذين كانت لديهم زيادة في العلامات المبكرة أو لم يعيد علاماتهم المبكرة لمناسبتين أو أكثر. ومن هؤلاء الذين تم تقسيمهم عشوائيا إلى العلاج السلوكي المعرفي للوقاية من الارتداد (العدد = 72) ، اشترك 66 منهم (نسبة 92٪) في العلاج. ومن الأفراد الذي ارتدوا أو يعتبروا في خطر الارتداد (العدد = 34) ، اشترك 28 منهم (82٪) في العلاج السلوكي المعرفي المستهدف للوقاية من الارتداد. بالإضافة إلى ذلك ، أظهر الأشخاص الذين تلقوا العلاج السلوكي المعرفي للوقاية من الارتداد تحسنا كبيرا في مقياس المعتقدات الشخصية عن المرض ، وتقدير الذات لروزينبرج(Gumley et al., 2006).

استعراض للعلاج السلوكي المعرفي للارتداد

Overview of CBT for Relapse

تم تقسيم العلاج السلوكي المعرفي للوقاية من الارتداد إلى مرحلتين : مرحلة المشاركة والصياغة ، والمرحلة المستهدفة ، حيث تم تقديمها عند ظهور العلامات المبكرة للارتداد. فقد ركزت المرحلة الأولى من العلاج السلوكي المعرفي للوقاية من الارتداد على المشاركة وصياغة العوامل النفسية الرئيسية ، والعلامات المبكرة التي يمكن أن ترتبط باستهلاك والإسراع من الارتداد المبكر. بدأت المرحلة الأولى بتفسير النمو المعرفي

للارتداد ، وما يستثير المعتقدات السالبة التي تتعلق بالارتداد. تم تقديم تفسير الدور المحتمل لهذه المعتقدات في الإسراع من الارتداد ، بشكل يشبه وصف " دورة الهلع ". وهذا لم يقصي مفاهيم إسراع الارتداد من خلال المعتقدات التي تولد مشاعر اليأس ، الفوضى ، الخجل ، والخوف من الرفض وخيبة الأمل. تم تشجيع الأشخاص على الإفادة من هذا النموذج للارتداد من خلال استكشاف الخبرات السابقة للارتداد. وهذا مكّن من التعرف على المعتقدات السالبة المرتبطة بالذات ، أو بالآخرين ، أو بالمرض. وهذا أيضاً يستوجب الاستكشاف الدقيق للسابقات التاريخية لهذه المعتقدات. وهذا مكن من تنمية صياغة الحالة الفردية للمعتقدات لدى الأفراد والعلاقة بين هذه المعتقدات والعلامات المبكرة للارتداد. وهذا هام في مساعدة الأفراد على الاستفادة من العلامات المبكرة ، وإعادة عزو العلامات المبكرة لعوامل داخلية وعوامل يمكن التحكم فيها ، كما أن هذا يخلق فرصا لاستكشاف الإتقان والمجابهة. وفي نهاية هذه المرحلة ، تم بناء مقياس الكشف عن العلامات المبكرة الخاصة ، وتم استخدامه لمراقبة العلامات المبكرة كل أسبوعين (Trait et al., 2002). فقد تم إرسال المقاييس بالبريد كل أسبوعين ، وطلب من الأشخاص ملأ هذه المقاييس وإعادتها في مظروف مغلق إلى العنوان الموضع على المظروف المرسل.

تبين وجود طريقتين رئيسيتين للعلاج السلوكي المعرفي للوقاية من الارتداد. أولا ، تم عمل تقييم للعلاج السلوكي المعرفي المستهدف وذلك في حالة وجود زيادات في العلامات المبكرة لدى الفرد من خلال التقرير الذاتي. ثانيا ، إذا ما أعلن مقدم الرعاية الرئيسي عن تغيرات في الأعراض أو الظروف أو الضغوط ، والتي توحي بزيادة خطر التعرض للارتداد ، فإنه يتم عمل تقييم للمستهدف. تشمل الجلسة الأولى من العلاج السلوكي المعرفي على تقييم تفصيلي للأدلة التي تؤيد وتعارض ظهور الارتداد ، ويكون الهدف من هذا التقييم ثنائيا : لتحديد الإنذارات الخطأ المحتمل ، وتقديم اختبار لصياغة الحالة التي تم إعدادها أثناء مرحلة المشاركة. يظهر المعالج – بشكل تشاركي – أي معتقدات سالبة تتعلق بالارتداد ، بما في ذلك المعتقدات السالبة عن خدمات الصحة العقلية. تم وضع هذه المعتقدات كأولويات بناء على أهميتها والتوترات

المرتبطة بها في ضوء تقديرات المشارك. ولكي يتم تقليل مخاوف الفرد أو عجزه المرتبط بالارتداد المبكر، فإنه يتم إعادة تأطير العلامات المبكرة كفرصة لتنمية الإتقان على العملية التي لا يمكن التحكم فيها بشكل صريح وواضح.

كما يتم إعداد المعتقدات البديلة للارتداد كعملية يمكن التحكم فيها بالتشارك مع الشخص، ويتم اختبار هذه المعتقدات باستخدام التجارب السلوكية داخل وبين الجلسات. تنطوي هذه التجارب السلوكية على تقوية مهارات المجابهة الموجودة أو تنمية استراتيجيات مجابهة جديدة. ثم بعد ذلك يتم استخدام نواتج التجارب كدليل يؤيد ويعارض المعتقدات البديلة التي تتعلق بالارتداد. ويتم التأكيد على تنمية الاستراتيجيات لمجابهة الانسحاب، والتجنب، وتعاطي المواد، والعقاقير التي لم يصفها الطبيب. بالإضافة إلى ذلك، يتم استخدام الاستراتيجيات السلوكية والمعرفية للمساعدة في التقليل من الظواهر المعرفية الاقتحامية مثل الرجوع إلى الأحداث السابقة.

أسلوب المعالج Therapist Style

يتمثل الافتراض الرئيسي للعلاج السلوكي المعرفي للوقاية من الارتداد في أن تنمية المعتقدات التي تتعلق بالارتداد قد نشأت من الخبرات الصادمة أو المحزنة، وأن معتقدات الفرد عن المرض تكيفية ويمكن فهمها في سياق هذه الخبرة. لذا، فإن المعالج يتبنى مدخلا داعما، وتعاطفيا وصادقا، ويقوم بعمل ملخصات بشكل مستمر للتثبت من دقة الفهم، كما يتم عمل تقييمات دقيقة عن الخبرات العلاجية السلبية، خصوصا الخبرات السالبة التي تتعلق بالارتداد، الطوارئ، أو الإيداع القسري في المستشفى. يقوم المعالج بتبني دور غير حكمي، يوازن بين خبرات الفرد بدون إصدار أحكام تقييمية تتعلق بمقدمي الخدمات الآخرين.

التقييم والمشاركة Assessment and Engagement

يتم عمل التقييم والمشاركة خلال خمس جلسات ، والهدف من مرحلة التقييم والمشاركة هو تنمية تحالف علاجي ، وتحديد معوقات التدخل المبكر ، وتنمية فرص العلامات المبكرة الذي تخبر عنه الصياغة السلوكية المعرفية والمشاركة في مراقبة العلامات المبكرة. إن الجلسة الأولى هامة وحاسمة في تحديد المشكلات الرئيسية للفرد ، تلك المشكلات والهموم التي تتعلق بالارتداد ، والعقبات المحتملة في طريق المشاركة كما هو موصوف أدناه. يقوم المعالج بعمل تقييم دقيق لوجهة نظر الشخص عن خبراته ، واتجاهاته نحو التشخيص واستعداده لمناقشة خبراته وأعراضه.

في بداية عملية المشاركة ، من المهم الوضع في الاعتبار عددا من العوائق المحتملة والخاصة ، والتي تشتمل على أسلوب المجابهة الذي يتبناه الشخص (على سبيل المثال تقليل أو إنكار السمات الهامة للخبرة)، وجود ردود أفعال صادمة أو جُرحية للذهان ، وتنمية عزو الخجل ولوم الذات. في حين أن هذه العوامل تعمل كعوائق في طريق المشاركة ، إلا أنها وثيقة الصلة بتنمية الصياغة الفردية للارتداد ، بما في ذلك تحديد العوامل التي قد تعمل ضد التدخل المبكر والملقن.

الصياغة Formulation

تمثل الصياغة دليلا لعوامل المجابهة المعرفية والوجدانية والسلوكية المتضمنة في القابلية للارتداد ، ويتم استخدامها للإفادة من نمط العلامات المبكرة التي يمر الفرد بها أثناء المراحل المبكرة. إن خبرة الذهان الحاد كحدث هام يعد مظهرا هاما من مظاهر صياغة الحالة. يفترض أن المعتقدات والافتراضات التي تنشأ من هذه الخبرة ، تمثل محاولات الفرد للاستفادة من خبرته ، وأن هذه الخبرات ربما تمثل قابلية معرفية ثابتة للارتداد ، حيث إنه أثناء عملية الصياغة ، تصبح مهارات المعالج في الإسراع ، والانتباه للتغيرات الدقيقة في المزاج ، والتواصل العيني والسلوك هامة ، ويرجع ذلك إلى أن الفرد يُطلب منه إعادة تجميع الأحداث السابقة للذهان الحاد والإيداع في

المستشفى. ففي الدراسة الأصلية ، استفدنا من نموذج جوملي ورفاقه (1999) للارتداد ، والذي يتنبأ بأن تنشيط المعتقدات السالبة عن المرض يعمل على إسراع الانتقال إلى الذهان الحاد. لذا ، من الممكن تحديد المعتقدات والافتراضات الهامة ، والتي قد تكون وثيقة الصلة بالارتداد ، من خلا تحديد الذكريات الخاصة المرتبطة بالأحداث السابقة.

إن السمة الرئيسية هي البناء المشترك للخط الزمني بين استهلال العلامات المبكرة ، والبدء في الذهان الحاد الذي يُبنى عليه الأحداث الهامة للشخص لعملية الارتداد. يظهر المعالج – بشكل تشاركي ، ويحدد الأولويات بلغة الأهمية بالنسبة للشخص – الأحداث التي يعتبرها الفرد هامة في تنمية ونشوء الارتداد. بمعنى هذه الأحداث التي تحدد المعاني التي تربطها بحالة الفرد غير الجيدة. ويتم استخدام الاكتشاف الموجه للكشف عن الأهمية التي يربطها الفرد بهذه الذكريات. على سبيل المثال " لقد فقدت السيطرة ، و " أنا خذلت الآخرين ". ثم يتم ربط هذه المعتقدات بالنتائج الثانوية المعرفية ، والانفعالية ، والسلوكية ، والفسيولوجية ، على سبيل المثال ، الخوف ، الخجل ، التجنب ، التوتر الزائد ، والأرق. ثم بعد ذلك يتم استخدام نمط الأعراض وربطه بالمعاني الشخصية كأساس لفرض العلامات المبكرة. من الممكن عمل اختيار تاريخي لهذا الفرض ، بمقارنة صورة وزمن الأعراض في علاقتها بالأحداث السابقة للارتداد. ثم بعد ذلك يتم استخدام المعلومات التي جمعها المعالج والشخص لتنمية مقياس للعلامات المبكرة الخاصة. ويتم تضمين المعتقدات والافتراضات ذات الصلة في هذا المقياس للمساعدة على ربط التباين الواضح في الأعراض.

تفسير المعتقدات Explaining Beliefs

يُنظر إلى المعتقدات على أنها تنشأ من محاولات الفرد لاستيعاب أو التعويل على خبرتهم الذهانية مع المعتقدات والافتراضات السابقة على هذه المعتقدات. هذه المعتقدات تعمل كقوانين ، تحتوي على تنبؤات بشأن أهمية ونتائج الأحداث الداخلية

أو الخارجية. وبناء على ذلك ، فإن حدوث الخبرات التي تذكر بالأحداث السابقة للذهان سوف يكون لها معنى تضميني للارتباط الشخصي بهذه الخبرات. على سبيل المثال ، أثناء المراحل الأولى من الارتداد ، مرت سارة بخبرة التغيرات الفسيولوجية ، بما في ذلك الشد العصبي الزائد في الرأس ، والعنق ، والأكتاف ، لو كان رأسها خارج عن جسمها. أما عن معتقدات سارة فيما يتعلق بهذه الخبرة ، فتتمثل في الآتي " أنا فقدت السيطرة " سوف ينظر الناس إليّ " ، " أنا سريعة التأثر " ، " فالناس يهاجمون من هم سريعي التأثر " من الممكن استكشاف تأثير هذه المعتقدات على الارتداد بالإشارة إلى التحديد المنظومي للمميزات وعيوب أو النتائج السالبة لهذه المعتقدات. شعرت سارة بأن معتقداتها عن فقد السيطرة كانت وقائية ، حيث إنها سوف تتجنب المواقف التي تشعر فيها بالوعي الذاتي. فقد مرت بخبرات مؤلمة وصعبة في المدرسة ترتبط بالتأسد ، وهذه الخبرات ترتبط على وجه الخصوص بالقلق الذي عايشته بشأن مظهرها. وعلى الجانب الآخر ، شعرت سارة بأن تجنبها للآخرين قد زاد من خوفها منهم ، وجعلها — على وجه الخصوص — تشعر بالضعف وعدم الكفاءة. وهذا الشعور أكّد على توقعها بأن الآخرين سيلحقون بها الأذى " الناس يلحقون الأذى بمن يبدو عليهم سرعة التأثر ".

مراقبة العلامات المبكرة Early Signs Monitoring

إن صياغة الحالة تسمح بتنمية فرض العلامات المبكرة وهذا بدوره يؤدي على إعداد مقياس العلامات المبكرة ، الذي يدمج العوامل المعرفية ،والانفعالية ، والسلوكية ، والفسيولوجية التي تميز نشوء الارتداد. إن استخدام مقياس العلامات المبكرة المدفوع بالصياغة يمكن الفرد من الإفادة من طريقة معينة يتم بها دمج الخبرات.

العلاج السلوكي المعرفي المستهدف Targeted CBT

يتم تقديم العلاج السلوكي المعرفي للوقاية من الارتداد المستهدف أثناء المرحلة الأولى من الارتداد. مع الوضع في الاعتبار طبيعة الارتداد ، فإن فرصة التدخل محدودة. لذا فإن الاستراتيجيات المستخدمة أثناء العلاج يتم تصميمها لتقليل مخاطر عملية الارتداد ، وتقليل سرعتها ، ومن خلال ذلك ، يتم زيادة فرصة منع حدوث الارتداد. يتم وضع أولويات مهام العلاج في بداية العلاج السلوكي المعرفي المستهدف وفقا للتقييم الدقيق ، وتحديد : الأدلة على التعرض لخطر الأذى للذات وللآخرين ، وعوائق المشاركة والتعرض لخطر عدم المشاركة ، وبناء المجابهة والمرونة.

الجلسة الأولى في العلاج السلوكي المعرفي المستهدف

The Initial session for Targeted CBT

تبدأ الجلسة الأولى بمراجعة موجزة عن العلامات المبكرة للفرد ، والتعرف على أو تحديد أي مشكلات أو أعراض أخرى ، بما في ذلك فحص المخاطر. يقوم المعالج والشخص بوضع أولويات المشكلات التي تم تحديدها في المراجعة في أجندة الجلسة ، يتم دراسة المشكلات والأعراض التي تم تحديدها في المراجعة في علاقتها بالمشكلات التي تتعلق بالارتداد ، ثم يتم اعتبار الأدلة التي تؤيد وتعارض الارتداد في علاقتها بالصياغة التي تم إعدادها أثناء مرحلة التقييم والمشاركة. بالإضافة إلى ذلك ، مع الوضع في الاعتبار أن الارتداد يحتمل أن يرتبط بالإثارة العالية ، فإن المستويات العليا من الخوف والقلق ، والأفكار الكوارثية ، فإن المعالج يحتاج إلى أن يأخذ رعاية خاصة عند الإسراع في الجلسات المستهدفة الأولية واللاحقة. يتم خفض سرعة الجلسة بشكل مدروس لتحديد المعتقدات البارزة ، وتقديم نموذج من ردود الفعل الكوارثية للارتداد الظاهر.

اختبار الصياغة *Testing the Formulation*

هناك مهمة هامة وتتمثل في تحديد الآلة التي تؤيد وتعارض الارتداد الظاهر، وهذه المهمة لها ثلاث وظائف هي: (1) التقييم الدقيق لمخاطر الارتداد، (2) مساعدة الفرد في التأمل في خبراته، (3) توضيح فرص الارتداد. كما أن هذه العملية تعطي الفرصة للمعالج والفرد للتقييم الناقد لدقة الصياغة التي أعدها معا، وهذا يمكن تنفيذه باستخدام عدد من الاستراتيجيات. أولا، دقة الصياغة يمكن تقييمها بمقارنة طبيعية ونمط العلامات المبكرة الحالية، مع تلك التي يتم التنبؤ بها من خلال الصياغة نفسها. ثانيا، التباينات بني الخبرة المتوقعة والحالية يتم دراستها بلغة تقييم الفرد لعلامات المبكرة اليومية، ومعتقداته الحالية عن الارتداد وإعادة تجميعه للارتدادات السابقة. ثالثا، التشابه بين الخبرة الحالية والسابقة يمكن تقييمها أيضا.

نزع الكوارثية من الارتداد *Decatastrophizing relapse*

هناك مهمة هامة أيضا، وتتمثل في وضع أولوية لأي معتقدات كوارثية تتعلق بالارتداد. هناك أولوية إكلينيكية هامة، حيث تزيد المعتقدات الكوارثية من الإثارة الفسيولوجية والخوف، وبذلك تزيد من السرعة التي يتقدم بها الارتداد. هناك عدد من الأساليب مفيد في نزع الكوارثية من الارتداد. أولا، من الممكن إعادة تأطير الارتداد كفرصة للتعلم جديدة. على وجه الخصوص، يمكن استخدام الأدلة التاريخية التي تتعلق بالتدخل المرجأ للارتداد للتأكيد على الفرص الحالية، التي قد تنشأ من التدخل المبكر. وعلى الجانب الآخر، من الممكن فحص الخبرات السابقة للتدخل المبكر غير الناجح – بلغة تحديد الإجراءات الإضافية، التي قد تكون مفيدة. ثانيا، من الممكن أن يقوم المعالج بالعمل مع العميل لتوضيح عيوب ومميزات التدخل المبكر، ويمكن مقارنة النتائج بالخبرات السابقة. ثالثا: من الممكن أن يظهر المعالج الخبرات التي أوقفت أو قللت من حدة الارتداد من الممكن اكتشاف الأدلة على هذا بسؤال العميل أن يسترجع الخبرات السابقة التي مر فيها بالعلامات المبكرة بدون أن تحدث ارتدادا. ففي حين أن هذه الإجراءات تسمح للمعالج بتقييم احتمالية أن تكون الأحداث

الحالية موجبة بشكل مزيف ، إلا أنها تساعد في تحديد مهارات المجابهة التي يستخدمها الشخص ، والتي ثبت أنها مفيدة. رابعا ، يظل المعالج يقظا بحثا عن الأدلة التي تشير إلى زيادة الوجدان. يتم استكشاف هذه الأدلة داخل الجلسات بواسطة المعالج لإظهار المعتقدات السالبة الأخرى التي تتعلق بالذات ، والمرض ، والآخرين ، والثقافة والتي ترتبط بالارتداد ، أو تعمل كعوائق لإعادة تأطير الارتداد نفسية. أخيرا ، فإن استخدام الأساس المنطقي التطبيقي هام أيضا لتقليل مشاعر الخوف واللوم حول الخبرات الذهانية. وفي الحقيقة ، يمكن تفسير الخبرات مثل البارانويا على أنها ردود أفعال يمكن فهمها للمشاعر تحت التهديد.

التعاقد بشأن التدخل Contracting Intervention

وفي نهاية الجلسة الأولى ، يتم التعاقد بشأن العلاج السلوكي المعرفي للوقاية من الارتداد على أساس الأدلة التي تم جمعها فيما يتعلق باحتمالية حدوث الارتداد. يقوم الأساس المنطقي للعلاج السلوكي المعرفي للوقاية من الارتداد على دقة الصياغة التي تم إعدادها أو تبنيها ، والتي تقدم ركيزة أساسية للمعتقدات والسلوكيات الرئيسية المستهدفة ، والتي ترتبط فيما يبدو بعملية الارتداد. على سبيل المثال ، عند تفسير الأساس المنطقي ، من المفيد عمل تغذية راجعة للعلاقة بين الأفكار الكوارثية التي نشأت من الخبرات السابقة ، والإسراع في زيادة الخوف ، والإثارة ، والأرق. إن استخدام المجاز من الممكن أن يكون مفيدا ، حيث يتم مقارنة عملية الارتداد بالمحرك ، والذي يصبح مشتركا من خلال الأفكار والمشاعر غير السارة. ومن خلال تعلم استراتيجيات مجابهة جديدة أو تقوية استراتيجيات المجابهة الموجودة ، فمن الممكن إبطاء هذا المحرك ، أو فصله. إن الهدف من المجاز أيضا يتمثل في أنه يساعد على تقديم الأمل ، والتفاؤل ، وزيادة التحكم في الارتداد.

الجلسات اللاحقة Subsequent Sessions

تحديد المعتقدات الأكثر وضوحا من الناحية الانفعالية

من المهم أن يبقى المعالج يقظا لأي تغيرات في الوجدان ، ويتبع التغيرات في الانفعال كعلامات على نشاط معتقد معين. إن التغيرات في الانفعال تعطي الفرصة للاستفسار الرقيق عن الأفكار والأخيلة التي يمر بها الفرد. إن التأكيد على معنى الأحداث إجراء هام. ففي حين أن الانفعال الزائد والتوتر نتيجة واضحة للارتداد المبكر ، فإن معنى الحدث لابد أن يتم الوصول إليه.

إن الاستفسار عن طبيعة ووجود التصورات مفيد في التحقق من معنى الارتداد المبكر ودلالاته النفسية. ومع الوضع في الاعتبار أن خبرات الارتداد يمكن أن تكون جرحية ، فإن المعالج الناس في حاجة إلى أن يكون على وعي بأدلة التصورات الاقتحامية في علاقتها بالأحداث السابقة ، وأن الأفراد قد يصفون الأخيلة أو الذكريات بأسلوب أكثر عمومية (التجنب المعرفي).

لقد كان المعالج دقيقا وداعما في إظهار الأفكار ، والمعتقدات ، والأخيلة الرئيسة ، والتي تحدث أثناء الارتداد. إن من المهم بالنسبة للمعالج التأكد من أن لديه عينة معقولة من المعارف حتى لا تفوته أي مشكلات بارزة. ومع ذلك ، قد يكون العديد الكبير من الأفكار والأخيلة – التي تحدث أثناء الارتداد المبكر مجهدة للشخص وللمعالج. من الممكن مخاطبة الصعوبة من خلال تحديد المعارف الأكثر وضوحا ، ويمكن تحقيق ذلك عن طريق السؤال عن الأفكار والأخيلة التي قد تكون أكثر إحداثا للتوتر. وعلى الجانب الآخر ، فإن التوثيق الدقيق للأفكار ، والمعتقدات ، والأخيلة يمكن أن يمكن المعالج من دعوة الأشخاص إلى التقدير المنظوم للتوتر المرتبط بكل منها. ومن خلال هذه الطريقة ، يمكن تحديد المعرفة أو المعارف الأكثر بروزا. علاوة على ذلك ن فمن الممكن أن يقوم المعالج بفحوصات موثوق بها بالتحقق من العلاقة بين أفكار معينة والانفعالات الرئيسية ؛ وردود الأفعال الفسيولوجية والسلوكيات المرتبطة بعملية الارتداد.

إدخال المرونة في المعتقدات

Introducing Flexibility into Beliefs

من الممكن أن تكون المعتقدات أثناء الارتداد مطلقة ، وتعمل مثل المعتقدات الرئيسية غير الشرطية ؛ على سبيل المثال " ليس لدي أي سيطرة " و " أنا شخص سيء ". من المهم بالنسبة لعملية إنقاص سرعة الارتداد وهو إدخال المرونة في هذه المعتقدات من خلال تحديد المواقف الذي تكون فيها هذه المعتقدات صحيحة أو غير صحيحة. ومع ذلك ، إذا ذكر الشخص أن هذا المعتقد كان صحيحا في كل المواقف ، إذا من الممكن استخدام إظهار الأدلة على أن هذا المعتقد كوسيلة لتقديم أو إدخال المرونة. ثم بعد ذلك يتم الاستفادة من هذه الأدلة لخلق معتقد شرطي. تقدم فيما يلي مثالا على هذه العملية.

المعالج : قلت أنه ليس لديك أي سيطرة. هل يمكن أن تخبرني ما الذي يجعلك متأكد من ذلك ، أي ما صحة ذلك ؟

المريض : أفكاري تسير بسرعة رهيبة ، لا أستطيع التفكير ، لا أستطيع أن أتحدث إلى الناس بشكل مناسب. ليس هناك شيء أستطيع أن أفعله.

المعالج : هل هناك أشياء أخرى تجعلك تشعر بعدم السيطرة ؟

المريض : نعم ، تستمر الأفكار في الدخول إلى عقلي ، هي أفكار مفزعة ، كما لو أنني قد أصبت إنسانا بأذى. إني أرى أختي ترقد ميتة أمامي.

المعالج : ما شعورك إذاً ؟

المريض : أشعر أني أفعل شيئا خطأ ، وأنه سيحدث لي سوءا إذا لم أتوقف عن ذلك.

المعالج : دعني أنظر فيما إذا كنت قد فهمتك. نظرا لن أفكارك تسير بسرعة رهيبة ، لا تستطيع التفكير بشكل صحيح ، وهناك أفكار مفزعة تدخل إلى عقلك ، وهذا ما يجعلك تعتقد أنك فاقد السيطرة. هل هذا صحيح ؟

المريض : نعم ، لا أستطيع أن أوقف ما يحدث في عقلي.

المعالج : إذا إذ لم تستطيع أن توقف ما يدور في عقلك ، فأنت فاقد للسيطرة. هل هذا ما تشعر به؟

المريض : نعم ، وهو كذلك. الشيء الذي يدور بعقلي هو الشيء السيئ.

هنا يزن المعالج صحة المعتقد ، حيث يستفسر عن الظروف التي تجعل المعتقد نشطا ، وتجعله صوابا. إن خلق الظروف التي ترتبط بالمعتقد ييسر تطبيق الاستراتيجيات لتحويل المعتقد. هذه المعتقدات تربط الخبرات الشخصية للارتداد (مثلا : التغيرات في الأفكار ، الانفعال ، الفسيولوجيا ، المعرفة والسلوك) بالنتائج للذات (مثلا : فقدان السيطرة ، والفشل) ، وللعالم / للآخرين (مثلا : الغضب ، العقاب) والمستقبل (مثلا : الإيداع في المستشفى).

تحويل المعتقدات Transforming Beliefs

القاعدة الرئيسية التي تمثل الأساس للعلاج السلوكي المعرفي للوقاية من الارتداد هي أن المعتقدات التي تتعلق بالارتداد تظهر كنتيجة للخبرات السالبة ، ولذا فإن هذه المعتقدات ينبغي النظر إليها على أنها تكيفية من الناحية السياقية. أثناء هذه العملية يحدد المعالج عددا من المعتقدات الشرطية ، ويتم التعامل مع هذا من خلال تحديد المعتقد الذي يرتبط بالانفعال الأقوى على سبيل المثال من خلال تقدير كل معتقد بالنسبة لمقدار التوتر المرتبط به.

يستكشف المعالج الأدلة التي تدعم هذه المعتقدات لكي يتأكد من وظيفتها بالنسبة للفرد. على سبيل المثال ، من المحتمل أن المعتقد القائل : " إذا لم أتحكم في أفكاري ، سوف تسوء حالتي " ينتج عنه عدد من سلوكيات الأمان مثل تجنب المواقف التي تستثير الأفكار الاقتحامية ، اليقظة للتغيرات في التفكير ، التجنب المعرفي ، أو الاستراتيجيات الأخرى لضبط الأفكار. إن عمل سلوكيات الأمان هذه يتمثل في ضبط

التفكير. ينطوي على تحويل المعتقدات على تحقيق افتراضات بديلة تؤدي وظائف مماثلة (في هذه الحالة " الضبط ") ، بدون الثمن المرتبط بالمعتقد الشرطي الأول. يحقق المعالج معنى الضبط والباراميترات التي تحدد الضبط ، على سبيل المثال ، ما إذا كان الضبط المدرك تحكمه الخبرة المعرفية للشخص وحدها ، أم إذا كانت هناك عوامل أخرى تؤثر في الضبط المدرك ، والأهم ما إذا كانت هناك سلوكيات بديلة يمكن أن تعزز الشعور بالضبط لدى الفرد. فمن خلال تحديد استراتيجيات المجابهة البديلة أو استراتيجيات المجابهة الموجودة التي تعزز الشعور بالضبط ، فإن من الممكن استخدام المجابهة البديلة لربط المعتقد الجديد. إن أهمية استخدام السلوك لتحويل وتنمية المعتقدات البديلة قد ارتبطت بالاستخدام اللاحق للتجارب السلوكية لاختبار المعتقدات التي تم تحويلها. وبهذه الطريقة ، لم يتحدى المعالج منطق أو حقيقة المعتقد السابق ، ولكن عمل مع الفرد على تنمية المعتقدات البديلة. تقدم فيما يلي مثالا على هذه العملية.

المعالج : أنت تقول " إذا لم أتحكم في أفكاري ، إذا سوف تسوء حالي هي تخبرني كيف يكون هذا المعتقد معينا لك ؟

المريض : معناه أن حالتي سوف تسوء.

المعالج : هي هناك طرق أخرى يكون بها هذا المعتقد معينا لك ؟

المريض : حسنا ... أنا أفترض أنني أصبح به أفضل ، حيث يمكن أن أتحكم فيما يدور برأسي.

المعالج : حسنا طريقة النظر إلى أفكارك هذه تعني أن هناك احتمال ألا تسوء حالتك ، حيث أنت تشعر بأنك أفضل ، ويمكنك التحكم في أفكارك. هل هناك أشياء أخرى تفيدك في هذا المعتقد ؟

المريض : لا أعتقد ذلك ، ولكني لم أشعر بأني أفضل ، وتسوء حالي على أية حال.

المعالج : حسنا ، ففي حين أن هذا المعتقد قد يكون معينا لك ، إلا أنه لا يفيدك في كل الأوقات. هل هناك عيوب لتحكمك في أفكارك ؟

المريض : من الصعب حقيقة ، فكلما بذلت جهدا أكبر ، كلما استطعت أن أتحكم في أفكاري. أنا قلق بشأن ما افكر فيه ، ولا أستطيع الخروج لني علي أن أبداء في الحصول على الأفكار التي تحدث لي الوتر ، وقد يلاحظني الآخرين ، فأنا كئيب بسبب ذلك.

المعالج : إذا هذا صعب عليك ، حيث يقودك إلى القلق بشأن ما تفكير فيه ، القلق خوفا من أن يلاحظك الآخرون ، لذا لا تخرج ، وتشعر بالاكتئاب. لذا ، بدلا من تجنب الأفكار التي تحدث التوتر تماما ، ماذا لو شعرت بأنك تستطيع مجابهة الأفكار التي تحدث لك التوتر ؟ كيف يكون ذلك ؟

المريض : لست متأكدا. لا أحب أن تكون لدي هذه الأفكار.

المعالج : (يفحص المعالج براميترات الضبط). حسنا ، لذا عندما تقول أنك ترغب في التحكم في هذه الأفكار ، ماذا تعني بذلك ؟

المريض : حسنا ، أعني لا تكون لدي هذه الأفكار بالمرة ، ينبغي أن أتحكم في أفكاري في كل الأوقات.

في هذا المثال ، قرر المعالج مخاطبة المعتقد بأن كل الأفكار ينبغي التحكم فيها ، ويقدم بعض التفسيرات عن الفرق بين الأفكار الإرادية (مثلا : التخطيط لقائمة المشتريات) ، والأفكار غير الإرادية (مثلا : الأفكار الآلية السلبية أو الأفكار الاقتحامية في علاقتها بالتوتر). ينبغي تقديم المعلومات ومناقشتها فيما يتعلق بتكرار الأفكار الاقتحامية لدى عامة الناس ، ودور كبت التفكير داخل الجلسة ، وذلك بأن طلب من الشخص تخيل صورة لثمرة الموز ، ثم تجنب التفكير في الموز. وعندما يتم مخاطبة الاعتقاد القائل بأنه ينبغي التحكم في كل الأفكار ، إذا من الممكن مخاطبة الاعتقاد القائل " إذا لم أتحكم في أفكاري ، فسوف تسوء حالتي ". عند هذه النقطة ، قدم المعالج معتقدات متحولا بديلا ، وكما هو الحال بالنسبة للمعتقد السابق (إذا لم أتحكم في

أفكاري ، فسوف تسوء حالتي) ، يعمل المعالج مع الشخص لتحديد مميزات وعيوب هذا المعتقد بالنسبة للذات والارتداد.

اختبار المعتقدات المتحولة *Testing Transformed Beliefs*

أثناء عملية الارتداد ، يتبنى الأشخاص مدى من الاستراتيجيات السلوكية التي تهدف إلى زيادة الأمان ، والوقاية من الارتداد ، وزيادة الضبط. على سبيل المثال ، تعمل العلامات الشائعة المرتبطة بالارتداد المبكر على الشك واليقظة ، الانسحاب والتجنب ، تعاطي المواد والمخدرات. ومع ذلك ، فإن سلوكيات الأمان هذا ربما تنتج عن إسراع الارتداد ، لذا تثبت معتقدات الفرد التي تتعلق بالعجز ، أو الارتداد الذي لا مر منه.

إن التجارب السلوكية تقدم منهجية مثالية للتدخل أثناء هذه العملية. كما أن التجارب السلوكية تمكن الفرد من تحقيق التغير السلوكي (مثلا : تطبيق مهارة مجابهة) ، والذي ينتج عنه التغيير المعرفي (المعتقدات التي تتعلق بالذات والمريض). يمكن إجراء التجارب السلوكية داخل الجلسات ، أو بين الجلسات. علاوة على ذلك ، فإن التجارب السلوكية يمكن أن تتدرج وفقا للصعوبة. أثناء العلاج السلوكي المعرفي للوقاية من الارتداد يتم استهداف التجارب السلوكية في تنمية السلوكيات البديلة التي يتم ممارستها عبر عدد من المواقف تبدأ من التدريب داخل الجلسة ، إل التطبيق بين الجلسات وفي الحياة الواقعية. وفي هذا المثال ، فإن المعالج يبدأ بالمعتقد القائل " إذا لم أتحكم في أفكاري ، فسوف تسوء حالتي " ، ومع تحويل العميل هذا إلى " إذا ما استطعت تجاهل الأفكار غير المطلوبة ، فسوف تتحسن حالتي".

ففي أثناء تطبيق وممارسة التدخلات السلوكية ، تم تعزيز التغيرات من خلال مراجعة وفحص معتقدات الفرد فيما يتعلق بالضبط ، والوصمة ، الخجل والخوف المرتبطة بالمرض. يهدف المعالج إلى مساعدة العميل على استخدام معلومات جديدة يتم اكتسابها أثناء التدخل ، وضعها حتى افتراضات موجودة مسبقا تتعلق بالمرض ، مقارنة بالمعتقدات التي تم اختبارها أثناء العلاج.

الخلاصة Conclusion

مازالت هناك تحديات جسام أمام المعالجين والباحثين على حد سواء. إن الأدلة على العلاج السلوكي المعرفي في الوقاية من الارتداد محدودة إذا لم يخصص العلاج السلوكي المعرفي للوقاية من الارتداد. نحن تعلمنا الكثير عن الوقاية من الارتداد من خلال قصص المشاركين. فقد وضعنا تحديدا مشكلات هامة في علاقتها بالتكيف الانفعالي لخبراتهم. وبالنسبة لكثير منهم فإن هذا يرتبط بمشاعر الخوف من التكرار، الخجل من الذهان، مشاعر النقص وعدم الأحقية. وفي هذا السياق، يمكن فهم الارتداد على أنه مصدر رئيسي للتهديد والصدمة الجُرحية. لقد كان واضحا عند المواجهة بإعادة التكرار الفوري أن كثيرا من المشاركين قد شعروا بأنهم مغمورون باندفاع الانفعال وأن مصادر المساعدة (مثلا : الأسرة، الأصدقاء، والخدمات) أصبحت مصادر تهديد (مثلا : الخوف من الرفض، خيبة الأمل أو الإيداع في المستشفى). وفي تقديم تدخل يقوم على الصياغة مركز، وله وقت يعتبر تحسنا هاما في خبرات الخدمات لديهم في ذلك الوقت.

ومع ذلك، فإن القابلية للارتداد تظهر في مشكلات تنظيم الوجدان السالب، المشكلات في تشكيل العلاقات مع الآخرين (ومع النفس)، والمشكلات في إدراك والاستجابة الإنتاجية للتغيرات في الحالات العقلية. هذه القابلية لا يمكن مخاطبتها في العلاج النفسي الذي وصفناه. لذا، قمنا حديثا بإعداد العلاج البينشخصي المعرفي(Gumley & Schwannaver, 2006) الذي يقوم على خبرتنا السابقة التي وصفناها من قبل (Gumley et al., 2003)، ويهدف هذا العلاج إلى تعزيز المشاركة في الخدمات والسعي في طلب المساعدة، وتقليل القابلية للارتداد، وتيسير التعافي الانفعالي وإعادة التنظيم الشخصي في الذهان المبكر. لذا فإن هذا المدخل يهتم بشكل واضح بالتركيز على الوجدان، معتمدا على الفهم النمائي القائم على العلاقات البينشخصية لتنظيم الوجدان كوسيلة لتعزيز التعافي الانفعالي والوقاية من الارتداد (Gulmey et al., 2010; Gumley, 2011). هذا المدخل يركز

على وجه الخصوص على التكيف الانفعالي ، مع التأكيد على الآتي : (أ) تقييمات الخجل ، الإذلال ، والخسارة والوصمة ، (ب) استراتيجيات المجابهة بما في ذلك التجنب ، والنقد الذاتي ، (ج) السياق البينشخصي والنمائي.

تؤكد المشاركة على تنمية خط زمني ، يقوم ببناء خبرات الذهان (أو الإيداع للعلاج) ، أحداث الحياة ، والمجابهة ، والدعم الاجتماعي. إن تنمية الخط الزمني يعكس بشكل طبيعي العلاقة بين هذه المجالات ويوضح مجالات المرونة والقابلية الرئيسية. إن التصور التخطيطي للخط الزمني يمكن من التأمل ، التنمية الروائية ، والموافقة المشتركة على أولويات العلاج ، والتي تواجه استخدام استراتيجيات التغير البينشخصي والسلوكي والمعرفي. إن مدخلنا يركز على التعافي الانفعالي والوقاية من الارتداد كنتائج أولية مشتركة ، وتنزع تأكيد العلاج السلوكي المعرفي التقليدي للذهان على التوتر المرتبط بالأعراض الموجبة. ففي حين أن العلاج السلوكي المعرفي للذهان يلعب دورا هاما وحاسما في التخفيف من التوتر وتعزيز التعافي من الخبرات الذهانية ، فإننا نأمل في أن العلاج البينشخصي المعرفي سوف يعزز الأداء البينشخصي والانفعالي كوسيلة للوقاية من أزمات أخرى في الصحة العقلية ترتبط بالذهان.

المراجع

Alvarez-Jimenez , M. , Parker , A.G. , Hetrick , S.E. et al . (2011) Preventing the second episode: A systematic review and meta-analysis of psychosocial and pharmacological trials in first episode psychosis . Schizophrenia Bulletin , 37 , 619 – 630 .

Barrowclough , C. , Haddock , G. , Lobban , F. et al . (2006) Group cognitive behavioural therapy for schizophrenia: randomised controlled trial . British Journal of Psychiatry , 189 , 1 – 7 .

Bechdolf, A. , Knost, B. , Kuntermann, C. et al . (2004) A randomized comparison of group cognitive-behavioural therapy and group psychoeducation in patients with schizophrenia . Acta Psychiatrica Scandinavica , 110 , 21 – 28 .

Birchwood , M. , Mason , R. , MacMillan , F. et al . (1993) Depression, demoralization and control over illness: A comparison of depressed and non-depressed patients with a chronic psychosis . Psychological Medicine , 23 , 387 – 395 .

Dunn , G. , Fowler , D. , Rollinson , R. et al . (2012) Effective elements of cognitive behaviour therapy for psychosis: results of a novel type of subgroup analysis based on principal stratification . Psychological Medicine , 42 , 1057 – 1068 .

Garety , P.A. , Fowler , D.G. , Freeman , D. et al . (2008) Cognitive-behavioural therapy and family intervention for relapse prevention and symptom reduction in psychosis: randomised controlled trial . British Journal of Psychiatry , 192 , 412 – 423 .

Gleeson , J.F. , Cotton , S.M. , Alvarez-Jimenez , M. et al . (2009) A randomized controlled trial of relapse prevention therapy for first-episode psychosis patients . Journal of Clinical Psychiatry , 70 , 477 – 486 .

Gumley A.I. (2007) Staying well after psychosis: A cognitive interpersonal approach to emotional recovery and relapse prevention . Tidsskrift for Norsk Psykologorening , 5 , 667 676 .

Gumley , A.I. , Braehler , C. , Laithwaite , H. et al . (2010) A compassion focused model of recovery after psychosis . International Journal of Cognitive Psychotherapy , 3 , 186 – 201 .

Gumley , A.I. , Karatzias, A. , Power , K.G. et al . (2006) Early intervention for relapse in schizophrenia: Impact of cognitive behavioural therapy on negative beliefs about psychosis and self-esteem . British Journal of Clinical Psychology , 45 , 247– 260.

Gumley , A.I. and Macbeth, A. (2006) A trauma based model of relapse in psychosis. In W. Larkin and A.T. Morrison (eds) Trauma and Psychosis . Chichester : John Wiley and Sons .

Gumley , A.I. , O'Grady , M. , McNay , L. et al . (2003) Early intervention for relapse in Schizophrenia: Results of a 12-month randomised controlled trial of cognitive behavioural therapy . Psychological Medicine , 33 , 419 – 431 .

Gumley , A.I. , O'Grady , M. , Power , K.G. et al . (2004) Negative beliefs about illness and self-esteem: a comparison of socially anxious and non-socially anxious individuals with psychosis . New Zealand and Australia Journal of Psychiatry , 38 , 960 – 964 .

Gumley A.I. and Schwannauer M. (2006) Staying Well After Psychosis: A Cognitive Interpersonal Approach to Recovery and Relapse Prevention . Chichester : John Wiley and Sons .

Gumley , A.I. , White , C.A. and Power , K. (1999) An interacting cognitive subsystems model of relapse and the course of psychosis . Clinical Psychology and Psychotherapy , 6 , 261 – 279 .

Herz , M. and Melville , C. (1980) Relapse in schizophrenia . American Journal of Psychiatry , 137 , 801 – 812 .

Jfgensen , P. (1998) Early signs of psychotic relapse in schizophrenia . British Journal of Psychiatry , 172 , 327 – 330 .
Karatzias, T. , Gumley , A.I. , Power , K.G. et al . (2007) Illness appraisals and self-esteem as correlates of anxiety and affective co-morbid disorders in schizophrenia . Comprehensive Psychiatry , 48 , 371– 375.
Kuipers , E. , Garety , P. , Fowler , D. et al . (1997) London-East Anglia randomized controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosis. I: Effects of the treatment phase . British Journal of Psychiatry , 171 , 319 – 327 .
Lewis , S. , Tarrier , N. , Haddock , G. et al . (2002) Randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy in early schizophrenia: acute-phase outcomes . British Journal of Psychiatry , 181 , 91 – 97 .
Lynch, D. , Laws, K.R. , and McKenna, P.J. (2009) Cognitive behavioural therapy for major psychiatric disorder: does it really work? A meta-analytical review of well-controlled trials . Psychological Medicine , 40 , 9 – 24 .
Robinson , D. , Woerner , M.G. , Alvir , J. et al . (1999) Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder . Archives of General Psychiatry , 56 , 241 – 246
Rooke , O. and Birchwood , M. (1998) Loss, humiliation and entrapment as appraisals of schizophrenic illness: a prospective study of depressed and non-depressed patients . British Journal of Psychology , 37 , 259 – 268 .
Startup , M. , Jackson , M. and Bendix , S. (2004) North Wales randomized controlled trial of cognitive behaviour therapy for acute schizophrenia spectrum disorders: Outcomes at 6 and 12 months . Psychololological Medicine , 34 , 413 – 422 .
Tait , L. , Birchwood , M. and Trower , P. (2002) A new scale (SES) to measure engagement with community mental health services . Journal of Mental Health , 11 , 191 – 198
Tarrier , N. , Yusupoff , L. , Kinney , C. et al . (1998) A randomised controlled trial of intensive cognitive behaviour therapy for chronic schizophrenia . British Medical Journal , 317 , 303 – 307 .
Valmaggia, L. , van der Gaag, M. , Tarrier , N. et al . (2005) A randomized controlled trial of cognitive behavior therapy with treatment refractory positive symptoms of schizophrenia . British Journal of Psychiatry , 186 , 324 – 330 .
Wykes, T. , Steel , C. , Everitt, B. et al . (2008) Cognitive behavior therapy for schizophrenia: Effect sizes, clinical models, and methodological rigor . Schizophrenia Bulletin , 34 , 523 – 537 .

الفصل الثامن

العلاج السلوكي المعرفي لمخاطبة والوقاية من الصعوبة الاجتماعية في الذهان المبكر والناشئ

The Problem المشكلة

الذهان مرض المسنين من العاملين ، ويرتبط دوما بالنتائج الاجتماعية الضعيفة. إن ما يقل عن 50 ٪ من الناس ذوي الذهان الوجداني يحققون تعافيا اجتماعيا (Harrison et al., 1996; Hafner & an der Heiden, 1999) ، وأن 10- 20 ٪ من الناس يعودون إلى العمل التنافسي على الرغم من أن الغالبية يعلنون عن رغبتهم في العمل (Mueser et al., 2001). كما أن التكلفة الشخصية والاقتصادية لهذه الصعوبة الاجتماعية في الشيزوفرنيا كبيرة ، حيث إن حياة الشباب يحدث فيها اضطراب في مرحلة حاسمة من النمو ، ونتيجة لذلك ، يظل كثير منهم في كفاح خلال فترة طويلة من الزمن لتحقيق المعالم الرئيسية بلغة الإنجاز الشخصي والأدوار الاجتماعية (Weirsma et al, 2000, Lenior et al, 2001). والتقديرات الحالية لتكلفة الإنتاج المفقود بسبب البطالة والتغيب عن العمل المرتبط بالشيزوفرنيا وصلت إلى 3.4 مليار جنيه إسترليني (Mangalore & Knapp, 2007). تشير دراسات المتابعة طويلة الأمد إلى أن النواتج الاجتماعية الضعيفة في الذهان تظهر مبكرا ، وتصبح ثابتة ، وترتبط ارتباطا وثيقا بالنهج الاجتماعي طويل الأمد (Fowler et al., 2010). فقد أوضحت خدمات التدخل المبكرة وجود نجاح ملحوظ في تحسين النواتج الاجتماعية في الذهان في مرحلته الأولى ، وذلك من خلال تقديم الإدارة التوكيدية للحالة ، والتدخلات الداعمة من خلال التوظيف. ومع ذلك ، على الرغم من تقديم هذه الخدمات ، إلا أن نسبة كبيرة من الحالات تظل إلى حد ما – على حالتها من الصعوبة الاجتماعية (Fowler et al., 2009). إن استهداف مثل هذه الحالات التي تظهر علامات مبكرة على التعافي الاجتماعي المرجأ في بداية الذهان باستخدام العلاج السلوكي المعرفي قد تكون طريقة هامة لتحسين فعالية التدخل المبكر ، وقد يكون موضوعا رئيسيا للبحث المستمر.

من الشائع أن معظم مشكلات الصحة العقلية الحادة والمزمنة لدى ذوي الصعوبة الاجتماعية تبدأ في المراهقة ، حيث توجد الصعوبة الاجتماعية قبل استهلال

أو بداية الذهان. ومن بين كل الأمراض العقلية المزمنة والحادة ، تظهر 75٪ بين سن 15 – 25 عاما (Kim- Kohen et al., 2003, Kessler et al, 2005). ولقد أوضحت العديد من الدراسات الإستعادية أن المرض العقلي الحاد يسبقه في الغالب انحصار اجتماعي ، يصبح في الغالب ثابتا ، وأن هذه الصعوبة الاجتماعية مؤشر على المسلك طويل المدى للاضطراب (Fowler et al., 2010). هناك ما يقرب من 3٪ إلى 5 ٪ من المراهقين لديهم مشكلات في الصحة العقلية ترتبط بالصعوبة الاجتماعية (Kim – Cohen et al., 2003). أما الشباب المعرضون لخطر الصعوبة الاجتماعية طويلة الأمد ، فتظهر عليهم علامات الانحصار الاجتماعي مع أعراض ذهانية منخفضة المستوى ، واضطراب سلوكي انفعالي ويصحبه غالبا مشكلات تعاطي المواد وإلحاق الأذى بالذات والآخرين). على الرغم من النتائج الضعيفة وتكلفة الاضطرابات التي تؤدي إلى الانحصار الاجتماعي ، فإن الشباب الذين يعانون من هذه المشكلات لا يسعون في طلب العلاج. توجد حالات معقدة كثير في مجالات الحرمان الاجتماعي ، وفي خدمات الرعاية المحلية وصعوبات التعلم ، ومن المتعارف عليه الآن أن هناك فجوة في تحديد والتحكم في مشكلات الصحة العقلية لدى الشباب.

هناك حاجة إلى مداخل جديدة للكشف والتدخل للوفاء بحاجات الشباب ذي الصعوبة الاجتماعية والذهان. وفي هذا الفصل ، نحن نعلي من شأن ونوضح الأساس المنطقي للعلاج السلوكي المعرفي لتحسين الصعوبة الاجتماعية بين الأفراد ذوي اضطراب الذهان المبكر والناشئ ، ونوضح الإجراءات مع الإشارة إلى دراسة حالة توضح إمكانية الاكتشاف المبكر واستخدام الأساليب لمخاطبة السمات الرئيسية للمشكلات الموجودة لدى الناس ذوي اضطراب الذهان المبكر.

الخصائص المعنية للمدخل السلوكي المعرفي متعدد النظم : الحاجة إلى طريقة في الممارسة النظامية والتوكيدية لإدارة الحالة في تقديم العلاج السلوكي المعرفي لتعزيز التعافي الاجتماعي

يعيش الشباب الذين لديهم مشكلات الصعوبة الاجتماعية بلا أمل دائما ، ومن الصعب المشاركة في البرامج ، ولديهم مدى واسع من مشكلات الصحة العقلية ، وديدنهم هو أسلوب الحياة الذي يتسم بالانسحاب الاجتماعي. أسلوب الحياة هذا ربما ببقي عليه ويصبح مركبا. من خلال الحرمان الاجتماعي والاتجاهات السالبة من قبل الآخرين. لكي يخاطب المعالجون هذه المشكلات بفعالية ، فإنهم في حاجة إلى الأعداد الجيد للعمل بطريقة مرنة تدمج العلاج السلوكي المعرفي مع الوعي بالصياغة والتدخلات متعددة النظم ، وهذا قد ينطوي على مخاطبة اتجاهات الآخرين مثل أفراد الأسرة والمتخصصين الآخرين في السياق متعدد النظم ، والممارسة التوكيدية لإدارة الحالة. فإن هذا المدخل على وجه التحديد ، يحتاج المعالجون إلى الاعتماد على الأساليب قدارة والسيطرة على الاكتئاب والقلق والأعراض الذهانية. وفي المقدمة تأتي الأساليب المستخدمة لتعزيز الأمل والدافعية والتنشيط السلوكي والتجارب السلوكية. ومع ذلك ، فإن خبرتنا تتمثل في أن أسلوب العمل التقليدي كمعالج إكلينيكي يستخدم العلاج السلوكي المعرفي ليس كافيا لإحداث التغيير بين الأفراد الذهانيين ، وذوي الصعوبة الاجتماعية الحادة.

فقد لاحظنا أن المكاسب الحقيقية بلغة تغيير الأمل وتعزيز المعتقدات الموجبة على الذات والآخرين لدى الشباب تحدث نتيجة لتحقيق الشخص تغيرات ذات معنى في حياته أو العمل نحوها ، بما في ذلك العلاقات مع الآخرين ، والعمل ، والتعليم والأنشطة الاجتماعية القيمة. ولتحقيق ذلك على عكس الخلفية الماضية من الانسحاب الاجتماعي والتمييز الاجتماعي يعني أن عل المعالجين في العلاج السلوكي المعرفي أن يكونوا مستعدين لتبني ممارسات ترتبط بإدارة الحالة ، بما في ذلك العلاج

التوكيدي في المجتمع المحلي ، التعليم المدعم ، والعمل ، والعمل متعدد النظم ودمج هذا مع الممارسة السلوكية المعرفية. إن محور تركيز هذا الفصل ينصب على إعلاء شأن الأساليب للمعالجين في العلاج السلوكي المعرفي ، وليس موضوعنا في هذا الفصل أن نتحدث عن المداخل الأخرى تفصيليا أو بعمق. ومع ذلك ، تجدر الإشارة إلى أن المداخل المنظومية يمكن أن تتم بفعالية العلاج السلوكي المعرفي ، خصوصا عندما يكون العميل جزء من النظام المعقد. على سبيل المثال ، ربما يشجع أفراد الأسرة -- في بعض الأحيان -- على الانسحاب نتيجة لخوفهم من الارتداد ، وفي هذه الحالة فإن بعض المقابلات أو اللقاءات الأسرية لمخاطبة هذه الاتجاهات قد تكون هامة في خلق سياق للتعبير. والأمر كذلك أن بعض المتخصصين ربما يعوقون دافعية الفرد للتغيير. وبالتالي ، ينبغي هنا الحديث مع المتخصصين الآخرين لضمان تقديم رسالة التغيير والأمل. كما أن اتجاهات مقدمي التعليم والزملاء في العمل وأصحاب الأعمال قد تحدث عوائق اجتماعية حقيقية للفرص المتاحة للأفراد. ومن ثم فإن المقابلات أو المكالمات التليفونية للمساعدة على إتاحة الفرصة أو دعم صاحب العمل ، أو مقدم التعليم قد تكون كافية لجعل الفرصة الاجتماعية مفتوحة.

من المهم أن المعالج السلوكي المعرفي الذي يركز على التعافي الاجتماعي يكون قادرا على صياغة هذه الأنواع من العوائق ، ويتخذ خطوات للتغلب عليها . إن تبني مدخل منظومي يمكن أن يساعد المعالج / الأخصائي على تبني استراتيجيات فيما يتعلق بالنظم الأوسع لدى العميل التي يمكن أن تيسر تقدم العلاج السلوكي المعرفي أو العلاج النفسي للاختيار. لم يتم اقتراح المعرفة التفصيلية عن العمل متعدد النظم ، ولكن من المفيد للمعالج أن يكون هو الشخص محل الثقة للعمل في البيوت وتقييم علاقات مع الأسر ، ومع المتخصصين وأصحاب الأعمال ومقدمي التعليم الآخرين. إن أساس الأفكار النظامية والعمل في سياق فريق مبدع متعدد النظم لتقديم الدعم يساعد في هذا العمل ويقدم الأساس والسياق للعلاج السلوكي المعرفي لتعزيز التعافي الاجتماعي. إن تبني إدارة الحالة أو مدخل دعمي للعمل قد يعني زيارة الشخص في البيت ، وإقامة علاقات مع أصحاب الأعمال أو مقدمي التعليم لخلق الفرصة

الاجتماعية. ثم بعد ذلك ، فإن التجارب السلوكية وأساليب إدارة الأعراض السلوكية المعرفية ربما تركز على مساعدة الشخص في الإبقاء على الأمل والدافعية ، والإنجاز من خلال التغلب على الأعراض.حقيقةً ، فإن كثيراً من المعالجين في العلاج السلوكي المعرفي ، و الذين يعملون في الخدمات الصحية القومية في سياق الذهان المبكر متعدد النظم أو فريق التوكيدية سوف يعملون بهذه الطريقة.

الأدلة البحثية Research Evidence

أوضحت التجارب البحثية التي استخدمت العلاج السلوكي المعرفي للذهان مؤشرات واعية للتأثير على الصعوبة الاجتماعية ، حيث تم تقييمها كنتيجة ثانوية. كما أن المراجعة المنظومية للدراسات عن العلاج السلوكي المعرفي في الذهان ، والتي أجراها ويكس ورفاقه Wykes et al. (2008) ، توضح تأثير العلاج السلوكي المعرفي على الصعوبة الاجتماعية ، حيث تم تقييمها كنتيجة ثانوية بمتوسط تأثير 0.38 (15 دراسة) ، على الرغم من عدم استهداف الصعوبة الاجتماعية. ربما استطاعت هذه التدخلات تحسين النواتج الاجتماعية في مواجهة القصور التي تفرضها اضطرابات مثل الأعراض الذهانية المتبقية ، الاضطراب الانفعالي ، والقصور المعرفية. وهذا هام مثله في ذلك مثل استهداف التعافي الاجتماعي في الذهان ، لابد من أخذ رعاية خاصة لتجنب الإفراط في التحفيز. ولقد أوضحت التجارب الإكلينيكية الماضية للتدخلات التي تهدف إلى تعزيز النشاط الاجتماعي بدون الوضع في الاعتبار الحساسة للذهان والقلق — أن هنالك زيادة في التعرض لخطر الارتداد ، خصوصا بين الناس الذين مازالوا يظهرون أعراض الذهان (Hogarty et al., 1974, Hogarty et al., 1997). هنالك تأييد واضح من المراجعات المنظومية للتجارب عشوائية الضبط لنوع معين من التدخلات المهنية — التموضع والدعم الفردي Individual Placement and Support (DArke et al., 1999, Mueser et al., 2004). التموضع والدعم الفردي فعال في تحسين نواتج التوظيف ، وبقاء الناس في الخدمات. ومع ذلك ، على الرغم من أن التموضع والدعم الفردي يعمل بشكل جيد مع الأشخاص الذين تعافوا

من الأعراض ، إلا أن التحسينات للأفراد الذين لديهم أعراض متبقية خلل وظيفي انفعالي ، أو تعاطي المخدرات – متوسطة نسبيا ، والتأثيرات على الأعراض متلبسة (Mueser et al., 2004). من الممكن تحسين النتائج للتموضع والدعم الفردي من خلال استخدام العلاج السلوكي المعرفي لمساعدة الناس على تحديد وتتبع أهداف حياتية ذات معنى ، ومخاطبة الاضطرابات المعرفية والأعراض. من الممكن الإشارة إلى أن تدخل يدمج أساليب العلاج السلوكي المعرفي مع أساليب الإدارة المهنية للحالة – للناس الذهانيين الذي يرغبون في العمل إلا أن لديهم بعض المشكلات المتبقية. إن شكل التدخل المعروض هنا يدمج أساليب السلوكي المعرفي مع مدخلي التوظيف المدعوم وإدارة الحالة ، وبالتالي ربما يتغلب على هذه المشكلات.

دراسة المجلس الطبي للبحوث لتحسين التعافي الاجتماعي في الذهان المبكر The ISREP MCR Trial Platform Study

استخدمنا دراسة المجلس الطبي للبحوث بالموافقة منهم ، وذلك من أجل إعداد المداخل متعدد النظم للعلاج السلوكي المعرفي الذي يخاطب التعافي الاجتماعي واليأس ، مع إدارة الأعراض الذهانية والاضطراب الانفعالي ، وقمنا بإجراء دراسة أولية لتقييم فعاليته (Fowler et al., 2009). ارتكز التدخل على تحسين السلوك الاجتماعي البنائي ، مع إدارة الحساسة للتوتر ، والقلق الاجتماعي ، والأعراض الذهانية ، والنتائج المحتملة للقصور المعرفي. اشتملت الدراسة التي قمنا بها على 77 مشارك ، تطوعوا من الفرق الثانوية للصحة العقلية ، لهم تاريخ من البطالة والنواتج الاجتماعية الضعيفة. الدراسة كانت عبارة عن دراسة عشوائية الضبط ، حيث تلقى 35 مشارك العلاج السلوكي المعرفي + العلاج كالعادة (إدارة الحالة) ، بينما تلقى 42 مشارك العلاج كالعادة فقط. تم تقييم المشاركين في الخط القاعدي والقياس البعدي (9 أشهر بعد العشوائية) ، وتم تقسيمهم إلى الذهان الوجداني وغير الوجداني. أما التدخل فقد كان التدخل السلوكي المعرفي الذي يستهدف التعافي الاجتماعي ، ويحتوي على 15 جلسة، تقدم في 9 أشهر. أما مقاييس النتيجة ، فكانت

الساعات الذي يقضيها المرض في النشاط " البنائي " و " الاقتصادي ". في حين أن النواتج الثانوية تتألف من الأعراض واليأس ، واشتملت الوسائط على المعتقدات عن الذات والآخرين ، أعراض النمط الشيزوفروني ، والاضطراب العصبي – النفسي. لقد وجدنا تأثيرات فارقة لدى الأفراد ذوي الذهان الوجداني وغير الوجداني ، حيث أنه بالنسبة للأفراد ذوي الذهان غير الوجداني أظهر العلاج السلوكي المعرفي للتعافي الاجتماعي تفوقا ملحوظا في النتيجة في ساعتين اسبوعيا ، كان الأفراد يقضونها في النشاط البنائي ، والنشاط البنائي الاقتصادي. بالإضافة إلى ذلك تبين أيضا تفوقا في درجات مقياس المتلازمة السالبة والموجبة ، والنواتج الثانوية الأخرى. أما في التحليل الاقتصادي للصحة في التجربة الاستطلاعية ارتبط العلاج السلوكي المعرفي للتعافي الاجتماعي بمكاسب كبيرة على الذكاء الانفعالي ، مقارنة بالعلاج كالعادة (Barton et al., 2009). وهذا يشير إلى أن التدخل ذو فعالية عالية. أوضحت نتائج عامين من المتابعة عن وجود فوائد واضحة فى نسبة الناس الذين اشتركوا في العمل مدفوع الأجر : 25٪ لمجموعة العلاج السلوكي المعرفي مقابل عدم توظيف أي فرد من أفراد المجموعة الضابطة. ما أظهرت النتائج تأثيرا للعلاج النفسي على اليأس ، حيث كان حجم التأثير 0.6 ، وتأثيرا على المعتقدات الموجبة عن الذات والآخرين. فقد وجدت أن التغيرات في المعتقدات الموجبة عن الذات كانت وسيط للتغيرات في النشاط لدى مجموعة العلاج النفسي.

الأدلة الحالية عن التدخلات الفعالة لمخاطبة الصعوبة الاجتماعية بين الشباب الذين هم في بداية المرض العقلي الحاد – محدودة جدا (Fowler et al., 2010) ، ولكن نوع التدخل الذي تم اختياره في دراسة تحسين التعافي الاجتماعي في الذهان المبكر من الممكن تطبيقه. بإيجاز ؛ فإن العلاج السلوكي المعرفي واعد في تحسين التعافي الاجتماعي لدى الأفراد الذهانيين وفي الوقاية من استهلال الصعوبة الاجتماعية في مرحلة مبكرة من الاضطراب ، ونحن الآن نقوم بإجراء هذه التجارب.

التجارب المستمرة والمستقبلة

Future and Ongoing Trials

يتم التخطيط لسلسلة من التجارب فنحن الآن نقوم بتجربة استطلاعية عن التدخل الذي يستهدف تحسين الأداء الاجتماعي لمرضى الذهان المبكر الذين يستمرون في إظهار دليل على الأداء الاجتماعي الضعيف بعد السنة الأولى من العلاج داخل خدمة التدخل المبكر. هذا المدخل سوف يستفيد كثيرا من الأساليب المستخدمة في تجربة تحسين التعافي الاجتماعي في الذهان المبكر، ولكن سوف يضيف مكونات العلاج النفسي لمخاطبة مشكلات القلق الاجتماعي، والتي نعرف أنها منتشرة في الذهان المبكر، وترتبط ارتباطا وثيقا بالنتيجة الاجتماعية. كما أننا نقوم بتجارب أولية لاستخدام المدخل في مرحلة مبكرة للوقاية من الصعوبة الاجتماعية لدى الأفراد المعرضين لخطر الحالات العقلية، ومتلازمات الصحة العقلية المعقدة لدى الشباب.

استخدام الزمن كنتيجة أولية

Time use as the Primary Outcome

إن السمة الرئيسية للدراسات في هذا المجال هي التركيز على التعافي الاجتماعي كنتيجة أولية، ويعرف إجرائيا بالزمن أو الوقت الذي ينخرط فيه الشخص في نشاط بنائي. إن الهدف الرئيسي من تدخل التعافي الاجتماعي هو مساعدة الشخص في إدارة المشكلات المستمرة التي قد تشتمل على سرعة التأثر بالأعراض الذهانية؛ الاضطراب الانفعالي، والقصور المعرفي). بحيث يمكنهم من تحسين مقدار الوقت الذي يقضونه في النشاط ذي المعنى. قد يشتمل هذا على العمل والنشاط التعليمي، ولكن أيضا المهام المنزلية والنشاط الاجتماعي التطوعي لا يتم تعريف أدوات التقييم للصعوبة الاجتماعية في الذهان بشكل دقيق، ولا تخاطب بالضرورة نفس الأبعاد كما في المشاركة في النشاط الاقتصادي أو الاجتماعي. فقد وجدنا أن من

المفيد تعريف التعافي الاجتماعي على أنه مقدار الوقت الذي يقضيه الشخص في النشاط الاجتماعي البنائي ، أو النشاط الاقتصادي البنائي. هناك إدارة تقييم جديدة لهذا الغرض وهي مقياس استخدام الوقت ، والذي أعده مكتب الإحصاء القومي (Short, 2006). بالإضافة إلى الوقت المنقضي في العمل والتعليم ، فإن المذكرات التي تستخدم في الوقت والمقابلات تؤدي إلى مدى واسع من الإنتاج الاقتصادي والأنشطة الاستهلاكية التي تحدث خارج الاقتصادي مدفوع الأجر (Gershuny, 2011). هناك دراسة حديثة أظهرت أن مقياس استخدام الزمن حساس للتغير ، وله درجة جيدة من الثبات مع المقاييس الشهيرة الأخرى لجودة الحياة ، والأداء الاجتماعي ، إلا أنه اقل اختلاطاً مع أعراض الذهان (Fowler et al., 2009). كما وجد المستخدمون و المهتمون أنه مقياس مفهوم بشكل مباشر.

النموذج السلوكي المعرفي للصعوبة الاجتماعية في الذهان كتجنب

A Cognitive Behavioural Model of Social Disability in Psychosis As Avoidance

إن التعافي الاجتماعي من الشيزوفرنيا غير مفهوم بشكل جيد ، على الرغم من النظر إليه على أنه نتيجة رئيسية. لقد ظل معروفا لفترة من الزمن أن قضاء الوقت في عمل لا شيء قد يكون دافعا للصحة العقلية الضعيفة في الشيزوفرنيا (Wing & Brown, 1970). كما نعرف أيضا أن دفع الناس سريعي التأثر ، الذهانيين إلى النشاط دفعا يمكن أن يزيد من الأعراض (Hogarty et al, 1974, 1997). هناك العديد من العوامل التي تلعب دورا في تعطيل التعافي الاجتماعي في الذهان ؛ وتشتمل هذه العوامل على وجود الأعراض الموجبة المستمرة (الأوهام ، والهلوسات) والأعراض السالبة (قلة التلذذ ، وقلة الدافعية) ، القصور المعرفي وعدم التنظيم ، الاكتئاب ، واليأس ، والقلق الاجتماعي ، والمعتقدات السالبة عن الذات ، والآخرين ، والمستقبل. نحن لا نعرف سوى القليل عن كيف أن العوامل المختلفة تتفاعل لتؤثر على النشاط.

إن أنماط النشاط المنخفض ، والانسحاب الاجتماعي ، التي تميز الصعوبة الاجتماعية بين الذهانيين ؛ من الممكن تمييزها على أنها أنماط سلوكية وظيفية للتجنب. هذا التجنب ربما ينبثق من التنظيم الذاتي لخبرة الذهان ، والوجدان ، والحيرة ، والحمل المعلوماتي. وبالتالي ، فإن قلة الدافعية ، وقلة التلذذ يمكن وصفهما على أنهما يعملان على الأقل جزئيا – كتجنب خبراتي انفعالي ومعرفي. من الممكن النظر – في الغالب إلى سلوك لتجنب والانسحاب على أنها سلوكيات أمان لإدارة القلق والأعراض الذهانية. من الممكن أن يقدم المدخل السلوكي المعرفي تحليلا مفيدا لكيف يكون التجنب في قلب فهم المشكلات الذهانية ، ولفهم ومعالجة المستويات المنخفضة من النشاط الذي يميز الصعوبة الاجتماعية.

التجنب الأساسي Primary Avoidance

ربما يحدث التجنب الأساسي كنتيجة مباشرة للطريقة التي تظهر بها القابلية للذهان في سياق الضغوط اليومية. أن القابلية للذهان يمكن أن يمر بها الفرد كحالات من الحيرة ، والإثارة العالية ، والبروز ، والتي يمكن أن تؤدي إلى حالات بغيضة من الحمل المعلوماتي. لذا ، مما يؤدي إلى الانسحاب. في المراحل المبكرة من الذهان ، وبين الأفراد الذين يتعافون من الذهان ، فإن هذه الخبرات يمكن أن تكون دقيقة وتحدث قبل استهلال الأعراض الصريحة للذهان. ومع ذلك ، فإن الوجود المستمر أو القابلية المستمرة للحالات الذهانية نتيجة للفترة الطويلة من عدم علاج الذهان ، أو العلاج الجزئي له ، مصحوبا بخبرة الحمل المعلوماتي ربما يؤدي بشكل طبيعي إلى الانسحاب لمجابهة هذه الحالة السامة. تشير أيضا النماذج المعرفية الحالية إلى أن خبرة البروز والحيرة المعرفية يمكن أن تؤدي على القلق ، حيث ترتبط بشكل عشوائي بالمواقف البيئية وبالحالات الداخلية والأخيلة (Corr, 2011). هذا الحمل الانفعالي السام يمكن أن يؤدي إلى تجنب انفعالي ،وسلوكي ، ومعرفي. أما التعارف بعد الذهان ، فربما يتطلب إذا تكيفا جديدا مع البيئة ، والتغلب على أنماط التجنب. وقد يحدث هذا بشكل طبيعي مع المشاركة ، حيث يكون الذهان قصير الأمد. ومع ذلك ، في هذه الحالات ذات

الذهان الدائم ، أو حيث توجد مستوى منخفض من القابلية ، فإن التجنب الرئيسي يجب الإمساك به ، كما ينبغي أن تساعد المداخل الأخرى في إدارة والسيطرة على الحمل المعلوماتي والقلق. يحتاج العميل إلى المساعدة لاستكشاف العالم ، وفي الوقت نفسه يتعلم إدارة والسيطرة على الخبرات الشاذة ، ومجابهة مشاعر الحمل المعلوماتي. كما أن الاستراتيجيات التي تساعد الفرد على تطبيق ونزع الكوارثية من الخبرات الشاذة والحيرة قد تكون هامة أيضا .

التجنب الثانوي Secondary Avoidance

من الأهمية أيضا إدراك أنه قد يكون هناك أنماط ثانوية من التجنب تنشأ من العمليات في الاكتئاب والقلق الاجتماعي ، وهي اضطراب مصاحبة للذهان. أيضا ربما يؤدي اليأس والمعتقدات شديدة السلبية عن الذات والآخرين والعالم _ إلى أنماط سلوكية من الانسحاب مماثلة للاكتئاب المزمن. وعلاوة على ذلك ، فإن القلق الاجتماعي غالبا ما يحدث في الذهان ويحتاج إلى أن يتم استهدافه مباشرة. وفي حالات عديدة ، ربما يوجد القلق الاجتماعي والاكتئاب لفترات طويلة كاضطراب مصاحب للمشكلات الذهانية. هذه المشكلات في حاجة إلى أن يتم التغلب عليها ، ولابد من تعلم استراتيجيات يمكن أن تساعد الفرد عل التكيف والتعامل مع الشواذ بطريقة تمكنه من أن يحيا حياة ذات معنى. إن نواتج الإجراءات المفيدة في التغلب على التجنب في الاكتئاب والقلق الاجتماعي قد تكون وثيقة الصلة في الذهان.

إن الأساس فى ذلك هو الصياغة السلوكية المعرفية التي تقيم المشكلات الموجودة ، وخصوصا المشكلات التي تكون لدى الفرد عند قيامه بالنشاط. من الممكن بعد ذلك تحديد طبيعة التجنب والإمساك بأسلوب منظومي غالبا ما تكون المشكلات معقدة ، وقد تنطوي على تدخل متعدد المستويات.

العلاج السلوكي المعرفي للتعافي الاجتماعي

Social Recovery cognitive behavioural Therapy (SRCBT)

يستخدم تدخلنا مجموعة مركزة من الإجراءات العلاجية الخاصة ، قمنا بوصف معظمها في الأدلة الموجودة للعلاج السلوكي المعرفي للذهان (Fowler et al., 1995, French & Fowler, 2004). الشيء المهيمن بين هذه الإجراءات هو إجراءات التقييم لتحديد الأهداف الشخصية ذات المعنى ، والمشكلات الرئيسية الموجودة ، الأعراض والاضطرابات ، الأساليب لمخاطبة التقييمات السالبة للذات والآخرين ، مخاطبة التنظيم الذاتي للأعراض الذهانية (بما في ذلك التدريب على استراتيجيات المجابهة) ، وتحسين النشاط الاجتماعي. كما أن هذا المدخل يعتمد على المداخل السلوكية التجريبية لإدارة القلق الاجتماعي (Butter, 1999) ، والاكتئاب (Beck et al., 1979). إن السمة الجديدة لهذا العمل تنطوي على التركيز الأساسي على التعافي الاجتماعي (معالجة الأعراض ، حيث تمثل عوائق للتعافي ولكنها ليست الأهداف الرئيسية) ، ودمج دور المعالج مع أدوار إدارة الحالة. على سبيل المثال ، طلب من المعالجين تبني أسلوب تواصل توكيدي يفوق أسلوب الأخصائي ، حيث إن معظمهم يزور الناس في البيوت أو محال العمل لتنفيذ أو إجراء التجارب السلوكية. وبالتالي يتم تشجيع المعالجين على تبني مدخل برجماتي ، ومدخل لحل المشكلات لمساعدة الناس في التغلب على المشكلات ذات الصلة بالعمل ، باستخدام أساليب ترتبط بالتدخلات المهنية للتموضع والدعم الفردي ، وهذا ينطوي في الغالب على عمل مقابلات مع الأفراد في أماكن العمل والتعليم ومناقشة المشكلات في مقابلات مشتركة مع مقدمي الأعمال والتعليم والعميل أيضا. سوف يتلقى المشاركون ما يزيد عن 24 جلسة من العلاجي السلوكي المعرفي للتعافي الاجتماعي خلال فترة 12 شهرا. فقد قمنا بتعديل واختبار الأدوات لتقييم الالتزام والكفاءة لدى المعالج لتقديم هذا التدخل كجزء من دراستنا الاستطلاعية.

نحن هنا نقدم توضيحا لاستخدام هذا النوع من المداخل في حالة معرضة لخطر الحالة العقلية At Risk Mental State (ARMS) ، وقد مرت بحدث ذهاني ، وأصبحت انسحابية تماما. هذه الحالة توضح نقاط الكشف والتدخل المبكرة بالإضافة إلى الأساليب لمخاطبة الصعوبة الاجتماعية متى ظهرت.

بدأت ليسلي Lesley في المرور بخبرة الصعوبات عندما كانت في الجامعة. فقد كانت توصف بوجه عام على أنها هادئة ، ولكن لديها عدد من الأصدقاء تثق بهم ، كما أن لديها أسرة ، تشتاق إلى أفرادها عندما تبتعد عنهم. ليس هناك شيء يمكن أن نضع عليه ملاحظات خاصة في خلفيتها ، فقد كان كل من يقابلها يصفها بأنها هادئة ، على الرغم من أن هذا لا يمثل مشكلة. المشكلة الوحيدة هي أنها تتبع نظاما غذائيا معينا في فترات الضغوط ، وقد يكون هذا النظام حادا ، على الرغم من أن الأمور تعود إلى ما كانت عليه عندما تذهب الضغوط.

مرت الأمور بشكل طبيعي في الجامعة ، إلى أن انتهت علاقتها مع شخص قابلته في الجامعة ، فقد عايشت القلق خوفا من أن يفضح هذا الشخص علاقتهما وما فعلا معا بين زملاءه ، ولذات اتصلت به وطلبت منه ألا يتحدث عن شيء من هذا القبيل. وأثناء المحادثة ، قال لها أنه " سوف يضع بعض الأشياء على الفيس بوك ". شعرت ليسلي بالقلق الشديد عندما قال ذلك ، خشية أن يضع بعض ما كانا يفعلاه في الأوقات الحميمة على الانترنت — لماذا ذكر الفيس بوك ؟ لم تستطع الحصول على دليل على ذلك ، ولكن اتصلت به مرة أخرى لتواجهه. أنكر الشاب حتى التفكير في ذلك ، إلا أنها أصبحت أكثر قلقا. وجدت ليسلي صعوبة في التركيز في دراستها ، وعادت إلى البيت من الجامعة لتقضي بعض الأوقات مع أسرتها. شعرت الأسرة بالقلق ، وأخذوا ليسلي إلى الطبيب ، وأثناء فحص الطبيبة لها ، شعرت بأن الأمر حالة من الاكتئاب تسببت في الضغوط عند تركها للبيت ، وانتهاء العلاقة ، وأعطتها الطبيبة أدوية مضادة للاكتئاب. شجعت الطبيبة ليسلي على أن تأخذ أسبوعيا إجازة ، ثم تعود إلى الجامعة بعد ذلك لتستأنف دراساتها.

بدأت تشعر ليسلي بالتحسن في البيت ولا تشعر بالقلق ، على الرغم من أنها كانت تقضي معظم أوقاتها داخل البيت مع أسرتها ، ولا تخرج إلا نادرا . كما كانت أيضا تقضي وقتا طويلا أمام الانترنت بحثا عما إذا كان هناك شيء عنها ، على الرغم من أنها استطاعت طرد هذه الأفكار عندما كانت مع أسرتها بعد أسبوعين من البقاء مع الأسرة ، رأت أن تعود إلى الجامعة لتستأنف الدراسة . شعرت ليسلي بالقلق من أن تصبح متوترة وتعاني من الضغوط عند العودة إلى الجامعة ، ومع ذلك لم تذكر هذا لوالديها " .

هذه نقطة مهمة للغاية للتدخل ، حيث إن ليسلي مازالت مرنة ، ولديها القدرة على التفكير في ، وتحدي معتقداتها . فقد بدأت في تقليل تواصلها الاجتماعي ، وشبكتها الاجتماعي ، ولكن هذه الشبكة مازالت معافاة . وبوجه عام ، من السهل الإبقاء على الشبكة الاجتماعية بدلا من محاولة بناء شبكة جديدة . إن ليسلي مازالت مسجلة في الجامعة ، وتربطها بأسرتها وأصدقائها روابط قوية ، ومن المهم الحفاظ على هذا . كما أن استراتيجيات الكشف المبكر لتقديم التدخلات عند هذه النقطة هام جدا ، على الرغم من أن ليسلي لا تنطبق عليها معايير الخدمات الأولى لأحداث الذهان . ولسوء الحظ فاتتها هذه المرحلة .

" عندما عادت ليسلي للجامعة ، ألتف حولها الأصدقاء ، يسألونها عن حالها ، ذكرت لهم أنها كانت تعاني من الحمى ، وكان عليها أن تستريح بعض الوقت ، صدقها الأصدقاء في ذلك . ومع ذلك ، عند الخروج من قاعة المحاضرات ، رأت صديقها السابق يضحك مع بعض الأصدقاء في رواق ، وبدأت تفكر في أنه يخبرهم عما فعل معها وعن الفيديوهات المصورة . هذا التفكير استحوذ عليها طيلة اليوم ، ولم تستطيع التركيز في دراستها ، وقضت الليلة تبحث على الإنترنت لترى ما إذا كانت هناك فيديوهات عنها .

كان من الصعب على ليسلي الخروج ، واستحوذ عليها الهم خشية أن يكون أحد قد لاحظ ما إذا كانت هناك أشياء عنها " وبهذا أصبحت ليسلي معزولة عن الأصدقاء ، وعادت إلى البيت مرة أخرى . أخذتها أسرتها إلى الطبيبة التي أحالتها إلى خدمات

الصحة العقلية ، كان على الأسرة أن تأخذ موعدا للذهاب إلى وحدة الصحة العقلية. واشتد بليسلي القلق خشية أن يكون أحد قد رأى الفيديو وتعرف عليها ، فقد بدأت ترى الناس ينظرون إليها عند خروجها ، وبعضهم يضحك عندما تمر بجوارهم ، وهذا — حسب اعتقادها — دليل عل وجود الفيديو.

وفي النهاية ذهب بعض أفراد فرق الصحة العقلية لرؤيتها في البيت بعد تغيبها عن مواعيد العيادة عدة مرات ، وقرروا أنها تعاني من الذهان الناشئ ، وتم وصف علاج مضاد للذهان ، وتم تخصيص معالج ومدير حالة. كانت ليسلي تناضل من أجل الذهاب إلى الجلسات ، حيث إن المعالج ليس لديه إلى وقت محدود ، ولا يستطيع تقديم الجلسات إلا في العيادة. عرض مدير الحالة على ليسلي مرات عديدة أن يوصلها إلى الجلسات ، ولكنها لم تفتح الباب بسبب المشاعر الغامرة والمتمثلة في أن الآخرين سوف يرونها وهي في السيارة. قررت ليسلي وأسرتها تأجيل الدراسة وتبدأ العام القادم ، واستمرت في العلاج الذي كان مفيدا في النوم ولكنه تسبب في زيادة وزنها ، وهذا ما جعلها أيضا تبقى في البيت ، "لأنها أصبحت بدينة ، وأصبحت تأكل بشراهة حيث أصبح شيئا تستمتع به ، وهذا قد جعلها أكثر انسحابية وأكثر عزلة".

عند إدارة التعافي الاجتماعي ، نحن نعرف أن هناك دليل يركز على إدارة الحالة القائم على التجاوز التوكيدي ، وأن هذا الدليل له فوائد. هذا الأسلوب من العمل القائم على التجاوز يرتكز حول الشخص ، كما أنه عملي ؛ ويتجاوز بشكل نشط ؛ ويصل إلى بيوت الأشخاص وإلى البيئات الأخرى. وينصب التركيز على التعافي الاجتماعي مقابل التعافي القائم على الأعراض ، ولذا يحتاج إلى أن يقدم في سياق بيئة أوسع ، يسكن فيها الشخص ، مقابل العيادة. وفي حالة ليسلي ، نحن نرى أهمية أن تكون لدى المعالج الرغبة في أن يعمل بأسلوب التجاوز التوكيدي. فمن غير المحتمل أن ينخرط المعالجون الإكلينيكيون مع العملاء أو أن يبقوا على علاقة علاجية معهم ؛ وهذا قد يرجئ من تقديم العلاج المناسب ، ويزيد من مستويات الصعوبات الاجتماعية قبل استهلال التدخل.

إن أسلوب التدخل القائم على التجاوز التوكيدي نقطة بداية هامة للعمل مع الشباب الانسحابيين الذين لا يرغبون في المشاركة ولديهم ذهان. إلا أن من المفيد استخدام العلاج السلوكي المعرفي مع هؤلاء الأشخاص. ينبغي ان يكون المعالج مرنا لكي يعمل بأسلوب التجاوز التوكيدي ، ويستخدم أساليب إدارة الحالة متى كان ذلك ممكنا ، حيث إن أسلوب الموعد لتلقي العلاج في العيادة قد لا يفيد مع الكثير من العملاء الانسحابيين الذين لا يرغبون في المشاركة ، كما أن من المفيد إدراك أن الظروف الاجتماعية قد تكون عكسية ، وأن هناك نظم علاجية ، وهناك عوامل أخرى تلعب دورا.

كما أن التدخلات القائمة على نوع التوظيف هامة ، حيث إنها تعطي الناس الأمل في إعادة المشاركة في العمل أو التعليم ، وهناك دليل قوي يؤيد هذا النوع من التدخل ، حيث إن المفتاح الرئيسي هنا هو تقديم الأمل للأشخاص لاكتساب أماكن في الحياة المجتمعية والعمل ، والمكاسب العظمى تتمثل في الإنجازات الاجتماعية التي يحققها الناس. ومع ذلك ، فإن أساليب العلاج السلوكي المعرفي قد تكون مفيدة وضرورية عندما تجعله الأعراض منسحبا ومغمورا لدرجة أنه لا يستطيع أن يضطلع بمهام العمل. كما أن إدارة الحالة وممارسات التوظيف هامة أيضا حيث إنها تعترف بحقيقة العمل مع مجموعة تجد صعوبات تعوقها عن تحقيق التقدم ، وتشتمل هذه الصعوبات على الوضع الاجتماعي ، المرض العقلي ، الوصمة ، البدانة (زيادة الوزن) ، المشكلات في العلاقات الاجتماعية. قد تكون أفراد الأسرة وأفراد الهيئة المتخصصة عوائق ترتبط بالحماية الزائدة ، والقلق بشأن حساسة الشخص. المفتاح هنا هو تقييم والاعتراف بوجود هذه المعوقات المنظومية التي تعوق تعافي الفرد والعمل مع الشخص والنظام لتعزيز الأمل والتفاوض بشأن المسارات التي يمكن اتخاذها للتغلب على هذه المعوقات.

عند التعامل مع الأفراد الذين لديهم تأخر في التعافي الاجتماعي بعد حدث الذهان الأول ، فإن المعالج المعرفي يستهدف الأفراد غير القادرين على تحقيق التعافي الطبيعي مع الذهان. علاوة على ذلك ، هذه هي الحالات التي تنجح فيها تدخلات

التوظيف وإدارة الحالة. قد تكون المجموعة المستهدفة أكثر تعقيدا من الحالة الموصوفة أعلاه، حيث قد تكون لديها أعراض ذهانية دائمة ومشكلات ثابتة في الانسحاب الاجتماعي. بالإضافة إلى ذلك قد تكون هذه الحالات معقدة للغاية، وقد يصحبها اكتئاب، وقلق اجتماعي ومستوى منخفض من الذهان، وحساسة للذهان، وصعوبات معرفية، وتعاطي للمواد، وأذى للذات والآخرين. إن طبيعة المشكلات تتباين من حالة إلى أخرى. هذا التعقيد يوحي بالحاجة إلى تقييم وصياغة دقيقة في إعداد مدخل بنائي للتعافي.

إن نقطة البداية تتمثل في فهم صعوبة المشكلات، وتنطوي الخطوات الأولى للتغلب على التجنب الانفعالي — على مساعدة الشخص في فهم وقبول الصعوبات التي لديه، ويتم هذا العمل بجانب المحاولات الخاصة لنقل الأمل، مع قبول أيضا المشكلات التي يواجهها الناس في كل المواقع الاجتماعية المرتبطة بالذهان. إن بث الأمل في نفوس الناس و المتمثل في أنهم يستطيعون أن يحيوا حياة لها معنى ييسر عملية المشاركة ويعزز مشاعر القوة الشخصية، والدافعية للمشاركة. والخطوة التالية هي تعزيز النشاط وفهم المشكلات التي تنشأن نتيجة المشاركة في نشاط اجتماعي معين، على سبيل المثال التغلب على التجنب. إن فهم مشكلات قلة الدافعية، والانسحاب الاجتماعي كأنماط وظيفية للتجنب هي الخطوة الأولى في التغلب عليه. وهذا هو الفرق الرئيسي بين المدخل السلوكي المعرفي ومدخل إدارة الحالة. إن عملية العلاج وهي حلقة التغذية الراجعة المستمرة بين التقييم، والفهم، والفعل.

تقييم وصياغة مشكلات الشخص

Assessment and Formation of Individual Problems

تتمثل نقطة البداية في تنفيذ أو إجراء تقييم لمشكلات الشخص في السياق الحالي، مع إشارة خاصة إلى أنماط النشاط الموجود، والمشكلات التي تنشأ عن النشاط. وهذا يحدث بالتعاون مع أو مشاركة الشخص. فالتقييم يغطي الأعراض، والمعتقدات

الحالية عن الذات والآخرين ، واليأس. كما يغطي أيضا الأنماط السلوكية مع الإشارة إلى أنماط التجنب ، وينطوي أيضا على الاختبار السلوكي للمشكلات التي يمر بها الفرد عند قيامه بالنشاط. كما أن التقييم ينظر أيضا إلى أهداف الشخص ودافعيته للقيام بالأدوار المستقبلية ، بالإضافة إلى الآمال والتوقعات. كما أن هناك أيضا مراجعة لتاريخ المشكلات الحالية ، مع دراسة المسارات إلى السلوك الحالي ، وكيف تنشأ نتيجة للظروف ، وكيف حدث قطع أو إعاقة للأهداف والآمال الماضية.

إن العامل الهام في صياغة المعوقات التي تعوق التعافي الاجتماعي لدى الأفراد هو التفكير في ما يعانيه الذهان بالنسبة لهم ، حيث إن لكل شخص معتقداته الغريبة عن ما يعنيه مروره بخبرة الأعراض الذهانية ، وتناول الأدوية المضادة للذهان ، وتلقي المساعدة من خدمات الصحة العقلية. هذه المعتقدات هامة في فهم الالتصاق ، حيث إنها تسهم في مدى واسع من الانفعالات. على سبيل المثال ، إن الشخص الذي يعتقد أن الأشخاص الذين مروا بخبرة الذهان هم أكثر خطورة ، ومن ثم يصبحون أكثر قلقا بشأن غضبهم ، ومشاعر التوتر والإحباط لديهم ، وربما يتجنبون المواقف الاجتماعية خوفا من أن يلحقوا بشخص أذى. هذه الأنواع من المعتقدات شائعة ، ويرى بيرشوود ورفاقه Birchwood et al. (2006) على أنها مهمة في تنمية القلق الاجتماعي بعد حدوث الذهان. ففي هذا النموذج ، تؤدي القيم الثقافية الداخلية لوصمة المرض العقلي — إلى الشعور الخارجي بالخجل ، والغضب ، والقلق.

" قام معالج ليسلي بقضاء وقت في فهم مشكلاتها من منظور الصياغة ، وتحديد مشكلاتها وأهدافها. أوضحت ليسلي أنها مشغولة ، قلقة بشأن نشر الفيديو على الانترنت وأنها تريد العودة للجامعة لاستكمال دراستها وتصبح معلمة. عمل المعالج معها لوضع شكل للمشكلات والأهداف.

المشكلات Problems

1- انا اقضي ساعات قلقة بشأن الفيديو.

2- فاتتني محاضرات عديدة ، وأريد العودة للجامعة لاستكمال الدراسة.

3- زاد وزني.

4- اعتقد انني لن اتخرج لأصبح معلمة بسبب كل ما يحدث الآن.

5- اعتقد انني لن اتخرج لأصبح معلمة بسبب كل ما يحدث الآن.

الأهداف Goals

1- تقليل مقدار الوقت الذي تقضيه في القلق بشأن الفيديو إلى 50% .

2- البدء في القيام بأعمال الدراسة الجامعية من 2 – 3 ساعات اسبوعيا وهي في البيت.

3- التوقف عن زيادة الوزن.

فقد شعر المعالج وليسلي أن يكون هناك أمل فيما يتعلق بالمشكلة رقم (4) ، وأن هذا مهم ، أنه إذا ما استطاعوا تحقيق الهدفين 1 ، 2 سوف يساعد في المشكلة رقم (4).

أما الخطوة التالية ، فهي المحاولة المشتركة للمشاركة في صياغة ، وعمل قائمة بالمشكلات ، والهدف أكثر من مجرد تلخيص وتوضيح المشكلات. وهذا مظهر هام للتدخل ، وأول خطوة في التغلب على التجنب الانفعالي من قبل التقبل. والهدف هو المساعدة في إدارة الانفعالات من خلال التعاطف ، والتصديق ، وتعزيز وجهة النظر الإيجابية عن الذات " أنا إنسان جيد " لتعمل كأساس لتحقيق وتقديم الرواية التي تعزز الأمل ومفهوم الذات الإيجابي ويسمح للشخص بمواجهة ، وتقبل مشكلاته الحالية بدون الشعور بأنه مرتبك. وهذا شيء مهم لأن المشكلات في الغالب معقدة ، ومتعددة ، ومستمرة ، وممكن أن تشعر المرء بالارتباط ، والسواد الأعظم من الناس يشعرون بالحزن ويمرون بالمعاناة. ولقد وجدنا أن هناك مجاز يمكن استخدامه وهو النفس كبطل. هذا

المجاز لا يتجنب الحقيقة المؤلمة لما عليه الناس. ومع ذلك ، فهو يشدد على نضال الشخص لإدارة حياته اليومية كشاب ، مع أعباء الصعوبات الانفعالية واضطراب الذهان ، كما يعلي من شأن مرونة الشخص ، وقدراته ، يعترف بأنه قد بذل جهدا كبيرا في التخلص من هذه الخبرات الصعبة. كما أنه يتضمن معنى النضال للتوافق مع الحياة بشكل إيجابي ، ويؤكد على أنه – مع مرور الوقت – ليس هناك اختيار إلا الانسحاب أثناء الفترات التي تكون فيها الانفعالات والخبرات الغريبة مربكة. ومع ذلك ، نظرا لأن الأشخاص يبذلون قصارى جهدهم للتخلص من هذه الخبرات الصعبة ، فإن عليهم أن يوقفوا حياتهم عند الانخراط في هذا النضال. والرسالة المراد إرسالها إلى الشخص هي رسالة أمل ، يؤكد فيها المعالج على أن هناك طريقة مختلفة يستجيب بها الشخص لهذه الصعوبات. البداية من قبول ما عليه الشخص الآن. فالأمر يحتاج إلى طريقة جديدة لدراسة كيف يحصل الفرد على المكان الذي يريده في الحياة ، وطرق جديدة لإدارة الخبرات ، والبيئة ، والآخرين ، مع قبول المعوقات والتحديات.

بعد ذلك ، ينتقل المعالج إلى مناقشة مفصلة عما يريد الفرد تحقيقه في حياته. وبناء على مرحلة التدخل ؛ فإن هذا يحتاج إلى مقدار من الوقت ومن المدخلات. فالأفراد في المراحل الأولى من المرض على سبيل المثال حالات " الحال العقلية الخطرة " ، من المحتمل أن يكون لديهم الأمل والأحلام ، وقد يتتبعونها ، ولو توقفت بشكل مؤقت. ونظرا لأن الفرد يمر بخبرة زيادة الإقصاء الاجتماعي ، فإن ذلك يحتاج إلى جهد أكبر من جانب المعالج ، حيث ينطوي ذلك على استكشاف التاريخ الماضي عما يريد هذا الشخص القيام به ، وكيف تم إعاقة ذلك. والهدف هو مساعدة الشخص على إعادة اكتساب الشعور بتوجه الحياة والوعي بما هو مهم ، وقيمة الحياة. ومن هذه القيم ، يمكن تعريف القيمي الذي يريده الشخص في حياته.

والهدف هو توضيح الأهداف طويلة المدى الواقعية والخاصة ، وتوضيح الأمل والتوقعات للعمل نحو هذه الأهداف مع قبول وإدراك العقبات والمفتاح الرئيسي هنا هو تعزيز الأهداف ذات المعنى والهدف بالنسبة للفرد. لكي يقوم الأفراد بالتغلب على عقباتهم النفسية ، فلا بد أن يكون هناك هدف لعمل ذلك ، وليس مجرد تشجيعهم

علـى المشـاركة في الأنشـطة. مـن أجـل مـلأ أوقـاتهم. فأنـت في الغالـب تعـاين التقـدم إذا كانت الأهداف لها معنى بالنسبة للشخص ، حيث إن الأشخاص يتحملون المشاعر الصعبة أو زيادة الأعـراض إذا مـا رأوا أن هـذا يتوافـق مـع العمـل نحـو مـا هـو مهـم في حياتهم.

" ارادت ليسلي ان تكون معلمة ، لكنها لا ترى املا في تحقيق ذلك ، فلم تعد تحضر إلى الجامعة ، وأصبحت منعزلة ، واستحوذ عليها التفكير في الفيديو على الإنترنت. بالإضافة إلى ذلك رأت ليسلي ان تعاطي الأدوية المضادة للذهان يعني أنها " ليست طبيعية " . وقد شعرت أن هذين العاملين يمنعاها من الدخول إلى مهنة التدريس. وقد تمثل الهدف في تحديد — مع ليسلي — التفاؤل الواقعي ، والمتمثل في إمكانية تحقيق هدفها . إلا أن هناك أشياء لابد من القيام بها ، من حيث إدارة المشكلات وأن ترك الجامعة يمثل تحديا ، ولكن مازال هناك طريق للعودة.

السمة المهمة هنا هو العمل مع ليسلي ، ومع أسرتها ، وهيئة الجامعة لدراسة إمكانية العودة مرة أخرى إلى الجامعة. ولقد كانت الأهداف قصيرة المدى والمتمثلة في قيامها ببعض الأعمال الجامعية في البيت مهمة في مساعدة ليسلي في الحفاظ على الأمل ، في أنها تتقدم نحو التوجه الذي تريده وهو أن تصبح معلمة. وهذا أضاف دافعية إلى العمل اليومي في إدارة ما يشغلها ويستحوذ على تفكيرها ، والمتمثل في فحص الانترنت ، وخبرة البارانويا عند الخروج في المواقف الاجتماعية. بالإضافة إلى ذلك ، فإن تطبيع التدخلات لتحدي معتقدات الوصمة لدى ليسلي عن أخذ الدواء ساعدها على بناء نظرة أكثرة إيجابية عن الذات" .

محـور التركيـز هنـا يتمثـل في بنـاء فكـرة عـن الشخصية ، والهويـة ، وعمـا يريـده الشـخص مـن قـيم. تـرتبط الأهـداف في الغالـب بالحيـاة بشـكل مسـتقل ، وأن يكـون للشخص علاقات ، ويحقق أهدافه التعليمية ، ، ويعيش حياة الشباب ، ويلعب الرياضة ، ويكون لـه أصدقاء ، ويـذهب إلى النـوادي ، بالإضـافة إلى المساهمة في المجتمـع مـن خـلال العمل التطوعي ، ويحيا حياة لها قيمة. يتم تشجيع الفرد على رؤية إمكانية تحقيق هذه الأهداف ، حتى وإن بـدت في الموقف الحـالي علـى أنهـا مجـرد أحـلام. مـن الممكـن أن

يستخدم المعالجون ذوو الخبرة قصص التعافي لأفراد مماثلين للتشجيع على إمكانية تحقيق التغيير. من المهم أن يكون ذلك واقعيا مع التشجيع على أن يكون هناك شعور بالأمل للفرد، وانفتاحه على إمكانية الاستجابة بشكل مختلف لخبراته ونضاله.

ما يماثل العلاج السلوكي الدياليكتيكي، والعلاج بالتقبل والتعهد، هو استخدام المجاز، حيث إنه مهم في نقل الأمل الذي يعزز إمكانية التغيير عند قبول المشكلات، والمثال على ذلك: السفينة التي تسير في البحر وفجأة تأتي العواصف العاتية، ربما ينصب تركيز القبطان على محاربة العواصف لفترة من الوقت، وينسى مراده الحقيقي من الرحلة، حتى إذا هدأت العواصف لفترة ،عاد مرة أخرى إلى مراده.

تم مشاركة ليسلي باستخدام هذا المجاز لتعزيز عدم فقدها للأمل في تحقيق هدفها والوصول إلى الوظيفة التي تريدها، ولكن المطلوب هنا الآن هو أن تقاوم العاصفة وتمر منها، وهذا يتطلب أهدافا قصيرة الأمد، ولكن هذه الأهداف تظل متوافقة مع توجه حياتها. هذه الأهداف تشتمل على إدارة الخوف من أن أحدا ينظر إليها، والتحكم في القلق المتمثل في فحصها للانترنت، وذلك قبل الانطلاق مرة أخرى نحو طريقها الذي اختارته وهو أن تصبح معلمة.

الاستراتيجيات السلوكية Behavioral Strategies

العمل المذكور أعلاه يضع الأساس لاستخدام الاستراتيجيات السلوكية الخاصة، التي تنطوي على تشجيع النشاط الذي يؤدي إلى الإتقان والمتعة، هنا المداخل الكلاسيكية للتنشيط السلوكي التي لخصها بيك ورفاقه Beck et al. (1979) مناسبة ويمكن التدريب عليها بسهولة. المفتاح الرئيسي هنا هو المثابرة في تعزيز الأنشطة اليومية التي تؤدي إلى الشعور بالقوة ومشاعر الإتقان والمتعة. يتم تشجيع الشخص على ربط أنماط النشاط هذه بمشاعره التي تتعلق بالأدوار التي أعطاها قيمة ، حيث إن معظم الناس يمرون بخبرة زيادة الشعور بالأمل والحيوية عندما تتناغم أفعالهم مع القيم التي اختاروها لأنفسهم. كما أن الناس لديهم الرغبة في تحمل

الخبرات الصعبة ، والتغلب على العقبات التي تعوق النشاط ، إذا ما شعروا أن هذا النشاط يوصلهم إلى القيم الخاصة بهم. في الغالب يطلب من الشخص في المراحل الأولى أن " يتصرف كما لو " إذا كان في جزء من الدور أو أن " يتظاهر بذلك " إذا لم يشعر به في البداية. والمفتاح الرئيسي هنا هو جعل الفرد يختبر النشاط الجديد ويستكشف ويلاحظ مشاعر القوة، والمتعة ، والإتقان عند ظهورها.

والهدف من ذلك هو تعزيز واختبار خبرة القوة والمتعة ، والإتقان من خلال تنفيذ المهام اليومية الصغيرة البسيطة. يقوم الفرد بعمل مهام بسيطة ليحقق المتعة من هذه الأنشطة اليومية ش، وقد تشتمل هذه الأنشطة البسيطة على إعداد كوبا من الشاي ، والمشي ساعة الظهيرة ، القيام ببعض التمرينات الرياضية البسيطة ، إعداد وتناول الطعام. مقابلة شخص ما ، التسوق ، الذهاب لمصفف الشعر ، الاستحمام ، لعب الكرة ، الذهاب إلى السينما ، أو إلى النادي ، أو إلى الحفلة.

إن الحاجة إلى المثابرة هامة. مشكلات التجنب التي يراد التغلب عليها قد لا تكون سهلة. ولو كانت واضحة ، فإن الشخص ربما استطاع أن يتعافى بشكل طبيعي. إذا كان النشاط له معنى بالنسبة للفرد ، إذا من الممكن أن يكون التقدم والحركة سريعة ، حيث يكتشف الفرد سريعا فوائد الأفعال ويتم اختزال الشعور بالقوة. في الغالب ، سوف يواجه المعالج بالعديد من المشكلات ذات الطبيعة المتعددة ، ويحتاج إلى مثابرة ليستمر في تشجيع الشخص على تنفيذ الأنشطة.

القضية هنا هي استخدام المشكلات في تنفيذ النشاط ، كفرصة لفهم المشكلات التي تؤدي إلى نقص النشاط. الحاجة هنا تتمثل في أن يعود المعالج إلى التقييم الدقيق للطريقة التي تنشأ منها الأعراض في السياق ثم مخاطبة هذه المشكلات. من الممكن أن ترتبط هذه المشكلات بالاكتئاب مثل قلة التلذذ ، وقلة الدافعية ، والوجدان الحاد المرتبط بإثارة تقدير الذات السلبي. وقد تشتمل القضايا الأخرى على مشكلات ترتبط بالقلق الاجتماعي ، ومشكلات تتعلق بالذهان ، بما في ذلك خبرة الخبرات الشاذة ، والارتباك المعرفي ، والأصوات والبارانويا.

لقد زاد وزن ليسلي بشكل كبير إلا أنها لا تؤدي أي تمرينات رياضية. وبسبب عزلتها، لم يكفر في هذا، وكان شغلها الشاغل هو الانترنت والأفكار التي تتعلق بالفيديو. تم تشجيعها على الخروج للجري والسباحة، ولكنها لم تنفيذ ذلك. قام المعالج الجديد بعمل قائمة بمشكلات ليسلي، واستخدم الصياغة ليرى كيف يكون التقدم في هذه المشكلات من الواضح. من الواضح أن ليسلي لم تفعل شيئا لتقضي به وقتها إلا أمام الانترنت، ولذا تم الاتفاق على أن يخرجا (المعالج وليسلي) معا للمشي. اتفقت ليسلي والمعالج على الخروج في الوقت الذي يتناسب معهما. قامت ليسلي بارتداء ما وصفه الناس بأنه قناع، وقبعة ونظارة شمسية سوداء، إلا إنها خرجت مع المعالج لمدة 45 دقيقة، وتحدث معها المعالج عن الأشياء حولهما مثل غناء الطيور، والمناخ، والمناظر الطبيعية، وهذا ساعدها على إبعاد عقلها عما يقلقها، وإذا لم تنجح في بعض الأحيان. وعند العودة، طلبا منها المعالج أن تتأمل في الرحلة، وتعبر عما كانت تشعر به عندما خرجا معا، وعما إذا كان هذا الخروج أفضل من الجلوس أمام الانترنت بحثا عن الفيديو. ساعد المعالج ليسلي على إدراك أنها كانت تقضي وقتا طويلا في البحث عن الفيديو ولم يحدث شيئا، وبالتالي كان عليها أن تفكر في مداخل بديلة لإدارة مشكلاتها حيث إن استراتيجياتها القديمة – كما يبدو – لم تفلح معها ولم تساعدها. بالإضافة إلى ذلك، ففي الوقت الذي كانت تقضيه في عمل ذلك، لم تتبع أي شيء آخر أهمية، وبالتالي فقدت الأمل، وبدأت تشعر بمشاعر سالبة نحو نفسها. إن إنجاز أول " مشية " خارج البيت بعد عدة أشهر قد أدى إلى وضع خطة تدريجية للخروج كل يوم، والبدء المتدرج في الخروج بدون الأقنعة.

المشكلات المرتبطة بالاكتئاب

Problems Associated with Depression

معظم المشكلات المرتبطة بقلة الدافعية؛ وقلة التلذذ والفتور السلوكي الحاد في الذهان مماثلة لتلك المشكلات الموجودة في الاكتئاب الحاد. في الحقيقة، إن الاكتئاب بين الناس الذهانيين مشكلة شائعة. إن الاكتئاب – بين الناس ذوي مشكلات التعافي

المستمرة – قد يكون مزمنا ، وقد يكون له وجود ناشئ قبل المرض. لقد استخدم برنامج العمل الذي قام به بيك ورفاقه في فلادليفيا هذه الأساليب. مع الأفراد ذوي الأعراض السالبة الحادة.

كما هو الحال بالنسبة للاكتئاب الحاد ، فإن التجنب الانفعالي الحاد قد يؤدي إلى حالات قد يجد فيها المعالج أنه من الصعوبة تقييم الانفعالات. قد يقول الأفراد أنهم يشعرون بأنهم في حالة جيدة عندما يشير تقييم الظروف الحياتية إلى قلق حاد أو اكتئاب. كما أن هناك استجابة أخرى شائعة وهي أنهم قد لا يعبرون عن أي مشاعر.

إن تشجيع الشخص على العمل مهم ، ولكن كن على استعداد بأن الشخص قد يعبر عن أنه لا توجد أي شيء يفعل من أجله ، وأن لديه مبررات عديدة لعدم القيام بأي شيء. هذه المشكلات تحتاج إلى إدارة دقيقة ، حيث إن دفع الشخص من الممكن أن ينتج عنه انفعالات وغضب حاد (" أنت لا تفهمني "). من الممكن أيضا أن تحدث انفعالات حادة إذا ما أثار النشاط المعتقدات السالبة الحادة عن الذات (مثلا : " أنت عديمة القيمة ، فاقد الأمل ، سيئ). هناك مشكلة شائعة أخرى تتمثل في أن الخروج من البيت يمكن أن يجعل الأمور اكثر سوء. هنا القضية تتمثل في العودة إلى صياغات التجنب ، وربط أي نشاط مفترض بصياغات الفرد وقيمه. قد يكون من الصواب أيضا على المدى القريبة أن يشعر الفرد بأن حالته تسوء عند الانخراط في الأنشطة. المفتاح الرئيسي هنا هو السيطرة على هذه الحالة بحيث لا تصبح كوارثية ، ويمكن العمل خلالها لتحقيق مكاسب طويلة المدى. من المفيد أيضا العودة مرة أخرى إلى مجاز " النفس كبطل " للتأكيد على إيجابية المحاولات لتتبع الأهداف برغم هذه الخبرات الصعبة. هناك خيار آخر وهو إعادة تأطير النجاح ، ووضع مزيد من التأكيد على عملية تتبع الأهداف ذات القيمة بدلا من التحقيق الفعلي لها. على سبيل المثال ، قد لا يستطيع شخص يعاني من رهاب الخلاء الوصول إلى هدفه من المشي إلى نهاية الشارع ، ولن أي حركة تجاه هذا الهدف – مهما يمكن صغرها (حتى وإن فعلها خارج الباب الأمامي) يمكن تأطيرها كحركة نحو اتجاهه ، حيث إن القيم على عكس الأهداف – ليست تقييمية ،

ولا يمكن إتمامها ولكن بدلا من ذلك هي عملية مستمرة. بالعودة مرة أخرى ومرة أخرى لنماذج التجنب وسلوكيات الأمان ، فإن المفتاح هنا ليس ما هو الإقلاع ، ولكن التغذية الراجعة في الحلقة ، والبدء بأهداف صغيرة ، والعودة إلى تعزيز صورة الذات الإيجابية كما وصفنا من قبل. يتم تشجيع الشخص للعميل في الدور ، مع السماح في الوقت نفسه للسلبية أن تمر مثل العاصفة كما هو في المجاز الذي وصفناه من قبل.

من الممكن تطبيق أنواع مماثلة من الأساليب على قلة التلذذ. قد يقول الفرد أنه ليس هناك أي هدف ، حيث لا يشعر بأن شيء. القضية تتمثل في اختيار ذلك. الشخص الذي لا يشعر بأي شيء ، يجلس بالداخل ، ويغلق كل النوافذ ، وينام ويفكر طول اليوم. الخطوة الأولى أن يقوم الشخص بعمل كوبا من القهوة (أو العصير إذا كان يفضل ذلك) ، ويجلس بعض الوقت في الشمس ، ويشعر بالشمس في جلده — هذا ما يحتاجه الشخص في هذه المرحلة. كما أن هذا هو الحال في الخطوات الصغيرة للإنجاز في إعداد الطعام ، ترتيب حجرة النوم ، بشراء اسطوانة كمبيوتر ، وهكذا. مع ليسلي ، فإن اختيار خبرة الخروج مقابل الجلوس في البيت ساعدت في البيت بعملية النشاط التدريجي ، وهذا قد أدى إلى جري لمسافات قصيرة ، وفي النهاية الذهاب إلى المراكز الرياضية وحمامات السباحة في أوقات هادئة.

الأساس هنا هو الصياغة المتكررة للتجنب والمثابرة المستمرة ، والعودة إلى المكاسب الصغيرة التي ترتبط — بشكل له معنى بالعيش حياة لها قيمة. هذه المكاسب تتحقق في الغالب ببطء ، مع تقدم كبير عندما يلتقي المعالج والمريض على شيء له معنى. على سبيل المثال ، إن الفرصة للجلوس مع مجموعة أطفال لمدة ساعة في الأسبوع قد حققت تغيرات للمرأة التي تريد أن تكون متعهدة للأطفال ، حتى تعطيها الدافعية لتغيير المظهر ، النظام ، وعمل تغيرات أخرى في روتينيها اليومي لتستعد لهذا. ومع ليسلي كانت هناك أعمال كثيرة لزيادة دافعيتها لتستعد للعودة إلى مقابلة الأصدقاء والقدامى والعودة مرة أخرى.

إدارة الانفعالات ، الاقتحامات ، والخبرات الذهانية أثناء تنفيذ النشاط

Managing Emotions, intrusions, and psychotic experiences while undertaking Activity

إن كثيرا من الناس ممن لديهم مشكلات الانسحاب الاجتماعي والنشاط الاجتماعي في التعافي من الذهان سوف يمرون بخبرة القلق ، الخبرات الغريبة ، وأحيانا الأعراض الذهانية بما في ذلك الأصوات والبارانويا عند قيامهم بتنفيذ خبرات جديدة. كما أن الخوف من أن هذا قد يستميل الارتداد ربما يؤدي إلى التوقف عن المشاركة في هذه الأنشطة الجديدة ، والعودة إلى نمط التجنب. يمكن أن ينظر الآخرون في النظام – بما فيهم أفراد الأسرة والمتخصصين في مجال الصحة – إلى الانسحاب على أنه وظيفي ، يقلل من التوتر ، وبالتالي يشجع على التجنب. قد تكون الروابط الودية أو العلاقات الودودة مع الآخرين ضرورة للتغلب على هذه المخاوف ، وبطريقة أخرى يمكن وقف التغيرات. كما أن الخوف من الارتداد وخبرة الانفعال والخبرة السامة قد يكون سببا قويا لعدم قيام الشخص بأي فعل. يحتاج المدخل إلى رعاية ، إلا أننا وجدنا أن هذه المشكلات يمكن التغلب عليها . في الحقيقة ، إن متطلبات الحياة اليومية لمعظم المرضى تعني أن عليهم القيام ببعض الأنشطة بغض النظر عما يشعرون به ، على الرغم من أن بعض العملاء سوف يستخدمون سلوكيات الأمان ، على سبيل المثال التسوق بالليل. بوجه عام ، ينظر إلى سلوكيات الأمان على أنها شيء سيئ ، يمنع عدم التأكيد على الكارثة المخيفة. ومع ذلك ، في هذه المرحلة من التدخل ، فإن للنشاط أسبقية على نزع سلوكيات الأمان ، خصوصا إذا كان هذا سيؤدي إلى تقليل في النشاط. المدخل العام هو أحد مداخل التعرض التدريجي ، مع استراتيجيات نوع التقبل التي تسمح للانفعالات والخبرات الشاذة أن تحدث ، ولكن يستمر بدون مبالاة. يتم تشجيع هذا الشخص تدريجيا للتفكير في الأساس المنطقي للتغلب على سلوكيات الأمان ، وتوقع إدارة الانفعالات والخبرات الغريبة ، ولا يحاربها أو يجعلها تسوء. المفتاح هنا هو مساعدة الشخص أن يعمل بشكل مثابر على تحقيق أهدافه ، على الرغم من الخبرات المستمرة التي قد تكون بغيضة. والهدف هو مساعدة الشخص على القيام

بالأنشطة ذات المعنى بشكل روتيني – تلك الأنشطة التي تفيد الشخص (مثلا : رعاية الأطفال ، العزف على الآلات الموسيقية ، الرياضة) ومساعدته على إدارة خبراته في هذه السياقات. يتم إفراد هذه المداخل لأنواع مختلفة من المشكلات ، على سبيل المثال القلق الاجتماعي ، الخبرات الشاذة ، الحيرة المعرفية ، الأصوات ، البارانويا. وهذا ما نصفه فيما يلي.

تقييم وإدارة القلق الاجتماعي

Assessment and Management of Social Anxiety

يمر كثير من مرضى الذهان بخبرة الأفكار والأخيلة ، كذلك التي يمر بها الأشخاص في حالات القلق الكلاسيكي ، على سبيل المثال " أنا بدين والكل ينظر إلي " والشائع أيضا هو أخيلة القلق الاجتماعي المرتبطة بالوصمة مثل " أنا مريض عقليا ، ويمكن للجميع أن يروا أن أفعالي شاذة وغريبة ".

حققت ليسلي بعض التقدم ، فهي تخرج الآن بمفردها للمشي بدون المعالج ، وهذا ساعدها على تحقيق أحد أهدافها – حيث لا يزداد وزنها ، على الرغم من أنها أيضا لم تفقد الوزن. لقد كان همها أن وزنها زائد ، وأن الناس سوف ينظرون إليها ، أما الآن فهي مهمومة وقلقة من أن الناس قد يعرفون أنها مريضة عقليا. لقد استطاعت ليسلي أن تحقق نجاحا في الخروج بمفردها ، ولكن إلى المنتزه المحلي فقط ، ولمدة ساعة في اليوم. أما الخطوة الثانية ، فقد تمثلت في توسيع أو مد هذا النشاط. لقد تم عمل تجارب سلوكية خاصة حول مساعدة ليسلي في إدارة أفكارها بأن الآخرين ينظرون إليها ، وأنها تخجل من أن يعرف الناس أنها مريضة عقليا ، وهذا استدعى تدريبا على الانتباه وتدريبات على أن يكون لها منظور.

عمل المعالج معها على تحديد مشكلة جديدة وهدف جديد ، ولكن صاغ أيضا أي عقبات يمكن أن تمنعها من تحقيق هذا الهدف الجديد. هذا المدخل التشاركي كان مناسبا لليسلي ، وأعطت قيمة لقدرتها على صياغة أهداف جديدة. كما تعودت على

هذه العملية ، وبدأت تنشغل بها ، وتقوم بها بنفسها. لقد شجع المعالج ليسلي على أن تصبح نشيطة في العلاج وليس مجرد متلقية له " .

لقد وجدنا أن المداخل التي تقوم على التعرض ، تبنى على أساس من الفهم التفصيلي للمشكلة ، ومن ثم فهي مداخل هامة ، وهذا ليس بشكل جديد من أشكال التدخل ، ففي الحقيقة قد تكون المداخل الكلاسيكية التي أعدها بوتلر Butlar (1999) مفيدة للغاية. وهذا له مرتكزة حول التعليم ؛ والتدريب على الانتباه ، واختبارات تقدير الملاحظين ، وقد يكون هذا مفيدا ، حيث تكون المشكلة عبارة عن قلق اجتماعي فقط ، ومن الممكن تحقيق مكاسب كبيرة في وقت قصير ، حتى مع الحالات التي تعاني من الانسحاب لفترة طويلة. مرة أخرى ، المفتاح هو المثابرة في التركيز على النشاط مع الأخذ في الاعتبار تعقيد المشكلات. قد يشعر بعض المعالجين والمرضى بأن تعقيد المشكلات قد أجهدهم ، ويهملون التقدم نحو النشاط. المهم هنا هو تحقيق التوازن في التحرك نحو عمل النشاط الذي يؤدي إلى المعنى بالنسبة للمريض. فالتغيرات في النشاط هي التي تؤدي إلى الفرص والمعنى بالنسبة للمريض. واللذان يؤديان بعد ذلك إلى التغيير.

المشكلات مع البارانويا ، الأصوات ، والخبرات الشاذة

Problems with Paranoia, voices and Anomalous Experiences

إن النماذج المعرفية الأساسية للحالات الذهانية تقدم فهما عن الكيفية التي تؤدي بها خبرات الانفعال وسمات البيئة التي تبدو واضحة — إلى البارانويا ، والخبرات الشاذة ، وفي بعض الحالات — إلى الحمل المعلوماتي المجهد (Garety et al., 2000) . وهذا قد ينتج عن قلق عام ليس له مبرر. ربما يصف الناس الأحاسيس البصرية الشاذة في العالم (مثلا : السيارات تشبه النمو ، الألوان غريبة) ، الخبرات اللمسية والسمعية الشاذة. إن سوء التنظيم والمشكلات في تجهيز وفهم الانفعال من الممكن أن يجعل المواقف الاجتماعية فظيعة ، ومعقدة ، وبغيضة. فقد يصف الناس التفاعلات مع الآخرين على أنها غير مناسبة ، ومحيرة ، ولا يستطيعون التحدث بشكل مناسب. في حين قد يكون

لدى آخرين أشكالا من الأفكار المرجعية ، والشعور بأن الآخرين يقرأون أفكارهم وهكذا. والمفتاح هنا هو نزع الكوارثية وتطبيع الأساس المنطقي ، وتعزيز قبول الخبرات غير العادية. في هذه الأمثلة ، ينبغي التشجيع على الاستراتيجيات المعرفية الموجودة لإدارة الخبرات الذهانية ، ولكن بهدف أبعد من مجرد تحقيق أن نشاط في قائمة المشكلات.

" ففي حالة ليسلي ، فإن هذا ينطوي على تجارب سلوكية خاصة حول إدارة أفكارها البارانويدية عن الآخرين ، وقد حدث هذا بطريقة تدريجية ، تبدأ من النشاط في مواقف هادئة إلى اكتساب الخبرة تدريجيا في مواقف اجتماعية أكثر تعقيدا في المدينة ، والمواقف الاجتماعية العامة ومقابلة الأصدقاء ، ثم العودة مرة أخرى إلى الجامعة. هذه التجارب تنطوي على أولا التدريب على السيناريوهات المتوقعة والخيالية ، قبل الممارسة الخاصة في إدارة البارانويا. هذا العمل ينطوي على درجة من تطبيق خبرة البارانويا ، ومن خلال الحديث عن كيف أن الحساسة بشأن اللحظات الحميمة يمكن أن تؤدي في الغالب إلى المخاوف والتصورات ؛ ومن المحتمل نظرا لأن ليسلي قررت بهذا في الغالب إلى المخاوف والتصورات ، ومن المحتمل نظرا لأن ليسلي مرت بهذا من قبل – أن تعود هذه الخبرات كلما مارستها مرة أخرى. إن نزع الكوارثية من هذه الخبرات قد ساعد ليسلي على إدارتها والتغلب على الانسحاب الاجتماعي. والشيء المهم أيضا هو العمل حول إدارة استخدامها للانترنت. ولقد تم صياغة هذا بطريقة توضح أنه خلال الانشغال بالانترنت والبحث فيه ، فقد أوقفت عجلة حياتها. المفتاح هنا هو مساعدتها لتعيش مع عدم التيقن مما هو الانترنت ، والتقدم إلى الأمام في حياتها.

الخلاصة Conclusion

بإيجاز ، فإن قواعد هذا المدخل ليست بجديدة. ينبغي أن تكون القواعد والمهارات مألوفة لأي معالج مدرب على العلاج السلوكي المعرفي. فهذا المدخل يركز على المظاهر السلوكية للعلاج السلوكي المعرفي للذهان التي وصفناها من قبل (Fowler et al. 1995; French & Morrison, 2004) ، وينبثق من التنشيط السلوكي ،

ولكن يضيف استراتيجيات خاصة لإدارة الاكتئاب والقلق الاجتماعي وزيادة الوقت الذي يقضيه الفرد في الأنشطة الاجتماعية والبنائية. التركيز الرئيسي على الأمل ، القدرة ، وتعزيز الشعور النشط الإيجابي بالذات ، وتبين لنا أن هذا وسيط في العلاج النفسي. فهذا المدخل يحتاج إلى خبرة من المعالج الماهر في العلاج السلوكي المعرفي ، حيث على الرغم من سهولة القواعد ، إلا أن الممارسة الفعالة قد تحتاج إلى دمج مهارات العلاج السلوكي المعرفي بطرق إبداعية ومرنة مع خبرة العمل والمشاركة في العروض المعقدة للأفراد الذهانيين. إن دمج العلاج السلوكي المعرفي مع أسلوب الداخل الموصى بها في إدارة الحالة القائمة على التجاوز التوكيدي ، والتوظيف ، والتدخلات متعددة النظم ضروري.

المراجع

Barton , G.R. , Hodgekins , J. , Mugford , M. et al . (2009) Cognitive behaviour therapy for improving social recovery in psychosis: Cost-effectiveness analysis . Schizophrenia Research , 112 , 158 – 163 .

Beck , A.T. , Rush. A.J. . Shaw , B.F. et al . (1979) Cognitive Therapy for Depression . New York: Guilford Press.

Birchwood , M. , Trower , P. , Brunet, K. et al . (2006) Social anxiety and the shame of psychosis: A study in first episode psychosis . Behaviour Research and Therapy , 45 (5) , 1025 – 1037 .

Butler , G. (1999) Overcoming Social Anxiety: A Self-Help Guide using Cognitive-Behavioural Techniques . London : Constable and Robinson .

Corr , P. (2011) Anxiety: Splitting the phenonmeonological atom . Personality and Individual Differences , 50 , 889 – 897 .

Drake , R.E. , Becker , D.R. , Clark , R.E. et al . (1999) Research on the individual placement and support model of supported employment . Psychiatric Quarterly ,70 (4) , 289 – 301 .

Fowler , D. , Garety , P.A. , and Kuipers , E. (1995) Cognitive Behaviour Therapy for Psychosis: Theory and Practice . Chichester : John Wiley and Sons .

Fowler , D. , Hodgekins, J. , Arena, K. et al . (2010) Early detection and psychosocial intervention for young people who are at risk of developing long term socially disabling severe mental illness: should we give equal priority to functional recovery and complex emotional dysfunction as to psychotic symptoms? Clinical Neuropsychiatry , 7 , 63 – 71 .

Fowler , D. , Hodgekins , J. , Painter , M. et al . (2009) Cognitive behaviour therapy for improving social recovery in psychosis: a report from the ISREP MRC Trial Platform study (Improving Social Recovery in Early Psychosis) Psychological Medicine , 1 – 10 .

French , P. and Morrison, A.P. (2004) Early Detection and Cognitive Therapy for People at High Risk of Developing Psychosis: A Treatment Approach . New York: John Wiley and Sons .

Garety , P.A. , Kuipers , E. , Fowler , D. et al . (2001) A cognitive model of the positive symptoms of psychosis . Psychological Medicine , 31 , 189 – 195 .

Gershuny , J. (2011) Time-Use Surveys and the Measurement of National Well-Being . Swansea, UK : Office for National Statistics .

Hafner , H. and an der Heiden , W. (1999) The course of schizophrenia in the light of modern follow-up studies: the ABC and WHO studies . European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience , 249 , 14 – 26 .

Harrison , G. , Croudace , T. , Mason , P. et al . (1996) Predicting the long-term outcome of schizophrenia . Psychological Medicine , 26 , 697 – 705 .

Hogarty , G.E. , Goldberg , S.C. , Schooler , N.R. et al . (1974) Drug and sociotherapy in the aftercare of schizophrenic patients, II: Two-year relapse rates . Archives of General Psychiatry , 31 , 603 – 608 .

Hogarty , G.E. , Kornblith , S.J. , Greenwald , P. et al . (1997) Three-year trials of personal therapy with schizophrenics living with or independent of family, I: Description of study and effects on relapse rates . American Journal of Psychiatry , 154 , 1504 – 1513 .

Kessler , R.C. , Berglund , P. , Demler , O. et al . (2005) Lifetime prevalence and age of onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication . Archives of General Psychiatry , 62 , 593 – 602 .
Kim-Cohen , J. , Caspi , A. , Moffitt , T.E. et al . (2003) Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective longitudinal cohort . Archives of General Psychiatry , 60 , 709 – 717 .
Lenior , M.E. , Dingemans , P.M. , Linszen, D.H. et al . (2001) Social functioning and the course of early-onset schizophrenia: Five-year follow-up of a psychosocial intervention . British Journal of Psychiatry , 179 , 53 – 58 .
Mangalore , R. and Knapp , M. (2007) Cost of schizophrenia in England . Journal of Mental Health Policy and Economics , 10 , 23 – 41 .
Mueser , K.T. , Clark , R.E. , Haines , M. et al . (2004) The Hartford study of supported employment for persons with severe mental illness . Journal of Consulting and Clinical Psychology , 72 (3) , 479 – 490 .
Mueser , K.T. , Salyers , M.P. and Mueser , P.R. (2001) A prospective analysis of workin schizophrenia . Schizophrenia Bulletin , 27 , 281 – 296
Short , S. (2006) Review of the UK 2000 Time Use Survey . London : Office for National Statistics .
Wiersma , D. , Wanderling , J. , Dragomirecka , E. et al . (2000) Social disability in schizophrenia: its development and prediction over 15 years in incidence cohorts in six European centres . Psychological Medicine , 30 , 1155 – 1167 .
Wing , J.K. , and Brown , G. (1970) Institutionalism and schizophrenia: a comparative study of three mental health hospitals 1960–1968 . London : Cambridge University Press .
Wykes , T. , Steel , C. , Everitt , B. et al . (2008) Cognitive behaviour therapy for schizophrenia: Effect sizes, clinical models and methodological rigor . Schizophrenia Bulletin , 34 , 523 – 537 .

الفصل التاسع

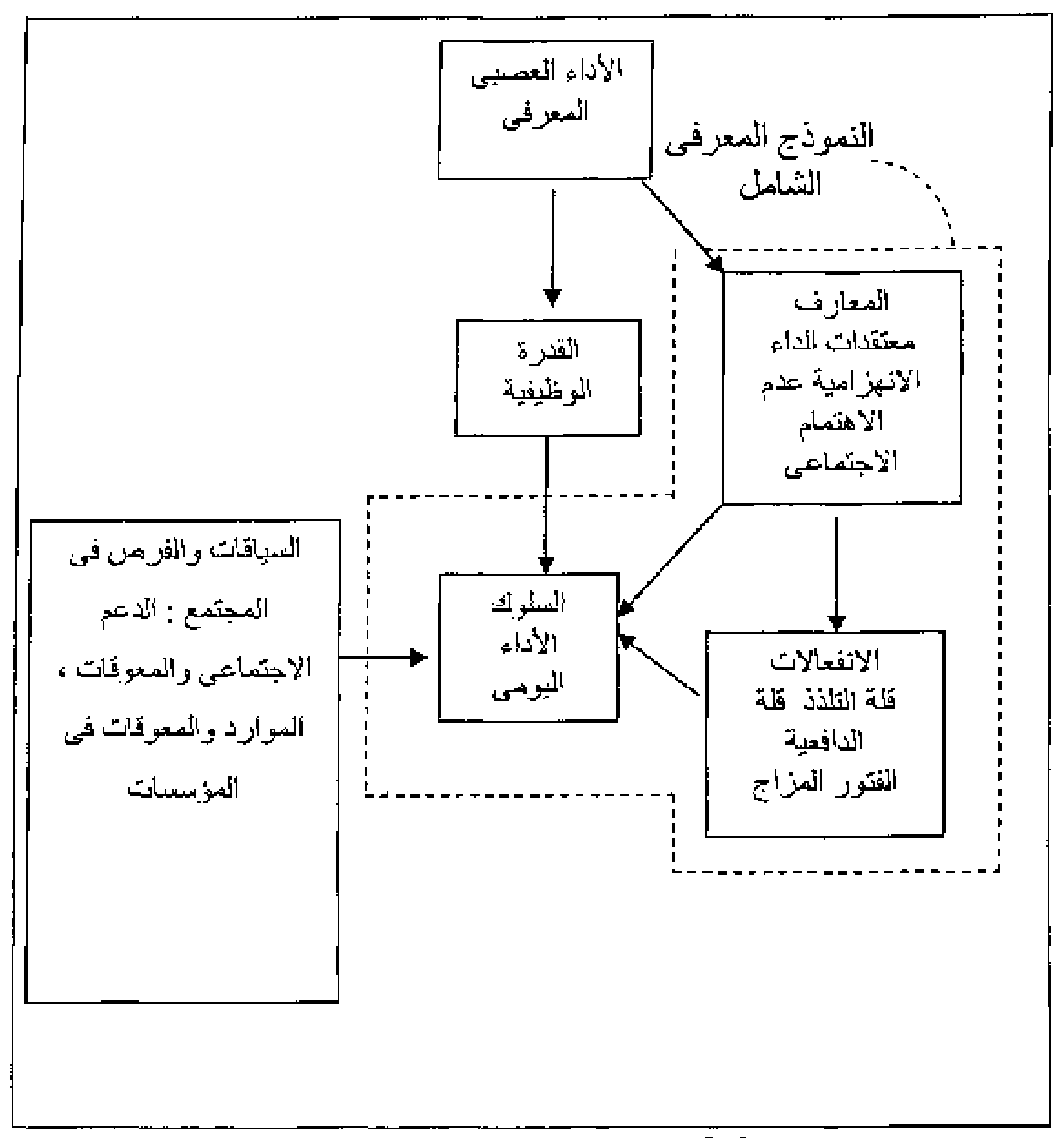
التدريب الجمعي السلوكي المعرفي على المهارات الاجتماعية للشيزوفرنيا

تؤدي الشيزوفرنيا إلى صعوبة وظيفية عميقة (Knapp & Kavanagh, 1997; Department of Veterans Affairs, 2002). كما تشير النتيجة الوظيفية الضعيفة في الشيزوفرنيا إلى علاقة قوية مع الاضطرابات المعرفية، الأعراض السالبة، والقصور في المهارات الاجتماعية أكثر منه مع حدة الأعراض الموجبة (Green et al., 2000). على الرغم من أن تقليل الأعراض الموجبة يظل هدف علاجي هام، إلا أن أهداف التدخل للمرض العقلي الحاد اتسعت في العقدين الماضيين لتشمل على الأداء في مجالات الأدوار الاجتماعية والأداتية: مثل العيش بشكل مستقل، الاجتماعيات، التعليم، والتوظيف. من الممكن أن تقلل الأدوية المضادة للذهان - من الأعراض الذهانية، إلا أن لها تأثير ضعيف على الأعراض السالبة والأداء اليومي (McEvoy et al., 2007, Kahn et al, 2008, Gou et al., 2010). ولقد ركزت الاستراتيجيات العلاجية التي تدمج العلاج الدوائي للوقاية من القابلية البيولوجية للمرض - مع العلاج النفسي - على وضع أهداف لها قيمة، وتدريس المهارات الاجتماعية (مثلا: تعزيز المجابهة، التدريب على مهارات التوصل، وتقليل العزلة الاجتماعية)؛ وتحدي معتقدات الأداء الانهزامية، وقد تبين أنها تحسن النتائج لدى مرضى الشيزوفرنيا في العديد من الدراسات. (Kurtz& Muser, 2008, Pratt et al., 2008, Wykes et al., 2008, Kurzban et al., 2010)

نموذج النتيجة الوظيفية في الشيزوفرنيا

Model of Functional outcome in Schizophrenia

لقد أثبتت البحوث أن القصور العصبية - المعرفية ترتبط بالنتيجة الوظيفية الضعيفة في الشيزوفرنيا (Green, 1996, Green et al, 2004, Kurtz et al, 2005, Milev et al., 2005)، ولكن هذه العلاقة تتوسطها على الأقل جزئيا - العديد من العوامل (انظر الشكل 9.1)



الشكل 9.1 نموذج النتيجة الوظيفية في الشيزوفرنيا

إن القدرات العصبية – المعرفية والفرص التعليمية تحدد قدرة المهارات الوظيفية (كما تقاس بمقاييس الأداء) ، ولكن هناك العديد من العوامل الشخصية تحدد ما إذا كانت المهارات يتم القيام بها فعلا (مثلا : الاتجاهات ، التوقعات ، الدافعية ، قلة التلذذ ، المزاج ، التبصر). (Wiersman et al., 2000, Friedman et al, 2001, twamley et al, 2002, Robinson et al, 2004, bowie et al., 2006, Grant & Beck, 2009, Horan et al, 2010). على وجه الخصوص ، فإن المقدمة المنطقية التي توضح أن المعارف – مثل التوقعات ومعتقدات الأداء – يمكن أن تؤثر في الأعراض

والنتيجة الوظيفية هي المكون الرئيسي في النموذج المعرفي الشامل الذي يقود تدخلات العلاج السلوكي المعرفي للشيزوفرنيا. فقد وجد العديد من الباحثين أن المعتقدات الإنهزامية (مثل : لماذا أزعج نفسي ؛ أنا فاشل " ؛ " لا جدوى من بذل المجهود ") قد تسهم في الأعراض السالبة والأداء الضعيف في الشيزوفرنيا. فقد افترض ريكتور وفاقه Rector et al. (2005) أن الاتجاهات المختلة وظيفيا عن التكاليف الشخصية لاستعمال الطاقة يمكن أن تؤدي إلى السلبية وتجنب الأنشطة التي تحتاج إلى جهد ، كدفاع ضد الفشل المرتقب ، والتقييمات السالبة المرتقبة من قبل الآخرين. هذا التجنب وقلة المجهود يظهر في شكل : قلة الدافعية وقلة التلذذ ، وقلة المشاركة في الأنشطة ذات الأهداف الموجهة للأداء.

كما تبين أن المعتقدات الإنهزامية والتوقعات المنخفضة للنجاح ترتبط بالاضطراب العصبي المعرفي (Grant & Beck, 2009) ، وقد يرجع ذلك إلى أن الاضطراب العصبي - المعرفي يمكن أن يؤدي إلى تثبيط خبرات الفشل اليومية التي تؤدي إلى توقعات منخفضة بالنجاح. كما خلص بارش ، داود Barch & Dowd (2010) إلى أن العمليات المرضية الجسمية المرتبطة بالاضطراب المعرفي في الشيزوفرنيا يمكن شأن تؤدي إلى اضطراب في ميكانيزم التنبؤ بالمكافأة الذي يتوسطه المخطط الذي قد يعوق عملية توليد التوقعات الدقيقة عن النجاح. ففي نظرية التعليم الاجتماعي (Bandura, 1986, 1997) ، تعتبر معتقدات الكفاءة الذاتية أيضا هي مركز الدافعية للإنجاز والمشاركة في الأنشطة التي توجهها الأهداف. فالأفراد الذين يتوقعون النجاح لديهم الرغبة في تجربة مهام جديدة واختيار المهام الصعبة ، ويبذل فريد من الجهد لأنهم يعتقدون بأن النجاح سيكون حليفهم (Bandura, 1997, Wigfield & Eccles, 2000) . لذا ، فإن نظرية التعليم الاجتماعي ، والنموذج المعرفي الشامل المطبقان على الشيزوفرنيا ، يشيران إلى أن الكفاءة الذاتية المنخفضة والمعتقدات الانهزامية ربما تؤدي إلى عدم المشاركة في الأنشطة الاجتماعية التي تحتاج إلى جهد ، وأيضا أنشطة الأداء ، وذلك كدفاع ضد

الفشل المتوقع ، والتقييمات السالبة المتوقعة من قبل الآخرين ، والذي يظهر كأعراض سالبة وأداء ضعيف.

التدريب الجمعي السلوكي المعرفي على المهارات الاجتماعية

Group Cognitive Behavioral Social Skills Training (CBSST)

قمنا بإعداد وكتابة تدخل جمعي للعلاج النفسي يسمى التدريب السلوكي المعرفي على المهارات الاجتماعية ، يستهدف العديد من العوامل في نموذج النتيجة الوظيفية ، حيث يستهدف الاتجاهات المختلة وظيفيا ، القصور في المهارات (القدرات) الاجتماعية ، والاضطرابات المعرفية (خصوصا) حل المشكلات) التي تتداخل مع الأداء النفسي – الاجتماعي – لدى الأفراد الذهانيين. هذا التدريب الجمعي يعتمد على مناحي القوة في العلاج السلوكي المعرفي ومدخل التدريب على المهارات الاجتماعية ، ويأخذ مميزات العلاج الجمعي الذي وضع من أجل تيسير التغيير في الأداء. إن الأهداف الرئيسة لدمج العلاج السلوكي المعرفي لمخاطبة الأغراض والأفكار المختلة وظيفيا التي تتداخل مع الأداء الناجح على المهارات في العالم الحقيقي.

معظم الدراسات السابقة للعلاج السلوكي المعرفي للذهان استخدمت شكل أو وصيغة فردية ، إلا أن الدراسات الحالية استخدمت العلاج السلوكي المعرفي الجمعي (Wykes et al., 1999, Gumley et al., 2003, Kmgsep et al., 2003). كما أن معظم دراسات التدريب على المهارات الاجتماعية استخدمت العلاج الجمعي (Kurtz & Mueser, 2008). كما أن تجارب التدريب السلوكي المعرفي على المهارات الاجتماعية استخدمت العلاج الجمعي أو الدمج بين العلاج الفردي والجمعي. ففي تحليل بعدي قام به ويكس ورفاقه. Wykes et al (2008) ، تبين أن الدراسات التي استخدمت الأسلوب الفردي مقابل الجمعي للعلاج السلوكي المعرفي للذهان لم تختلف عن بعضها في أي نتيجة. وفي مراجعتنا (Granholem et al., 2009) ، وجدنا أن أربع دراسات من ست دراسات تم مراجعتها (66٪) والتي استخدمت الأسلوب

الجمعي وجدت تحسنا دالا في الأداء على مقياس واحد على الأقل ، وأن ثماني دراسات من اثنا عشر دراسة تم مراجعها (66 %) ، والتي استخدمت الأسلوب الفردي ، وجدت تحسنا دالا في الأداء لذا ، فيما يبدو أن النواتج في الأداء متشابهة بين الأسلوبين الفردي والجمعي.

من المهم محاولة فهم الكيفية التي يمكن بها للمجموعات أن تعزز التغيير في الأداء. فالمجموعات يمكن أن تعزز الاجتماعية والترابط مع النظائر الذين لديهم هموما مشتركة. كما أن المجموعات يمكن أن تؤثر على نظم الدعم الاجتماعي وتسمح بممارسة التواصل والمهارات الاجتماعية الأخرى ، والتي قد تكون مهمة للتدخلات التي تستهدف الداء الاجتماعي. في الحقيقة ، تبين لنا أن التفاعلات الداعمة المنتظمة مع النظائر والمعالجين في التدخلات الجمعية تؤدي إلى التحسن في الاتجاهات الاجتماعية الهامة والاهتمام بالتفاعل مع الآخرين ، بغض النظر إذا استخدم المعالجون التدخلات العلاجية المعرفية لاستهداف الاتجاهات الاجتماعية المختلة وظيفيا أم لا (Granholm et al., 2009). وقد يكون للعلاج الجمعي قوة أكبر من العلاج الفردي للتأثير على مكونات الاتجاه لقلة التلذذ الاجتماعي ، مثل عدم الاهتمام الاجتماعي والذي بدوره يمكن أن يؤثر على التغيير في الأداء الاجتماعي. في المجموعات ، هناك فرصة كبيرة للتفاعلات الداعمة مع النظائر ، والتي يمكن أن تقدم تجارب سلوكية توضيح قيمة التفاعل مع الآخرين لحل المشكلات وتحقيق أهداف الأداء.

التجارب الإكلينيكية للتدريب السلوكي المعرفي الجمعي للمهارات الاجتماعية

CBSST Clinical Trials

في حين أن معظم دراسات العلاج السلوكي المعرفي ركزت على نواتج الأعراض الموجبة ، إلا أنه قد تبين أن حجم التأثير لتقليل الأعراض السالبة للنواتج السلبية – كان على الأقل – نفس الحجم بالنسبة لتقليل الأعراض الموجبة في العلاج السلوكي

المعرفي (Rector & Beck, 2001, Wykes et al., 2008). ففي تحليل بعدي لعدد 23 تجربة إكلينيكية للعلاج السلوكي المعرفي للشيزوفرنيا (Wykes et al., 2008) ، اشتملت 15 دراسة على مقاييس الأداء وكان متوسط حجم التأثير للتحسن الأدائي (0.437) مشابها لحجم التأثير للأعراض السالبة (0.437). كما قمنا (Granholm et al., 2009) بمراجعة 18 تجربة للعلاج السلوكي المعرفي ، اشتملت على مقياس أدائي واحد على الأقل ، وجدنا أن ما يقرب من ثلثي الدراسات أظهرت مكاسب دالة في الأداء ، حتى عندما لم يكن الأداء هو الهدف الرئيسي. وفي تحليل بعدي لعدد 22 تجربة إكلينيكية للتدريب على المهارات الاجتماعية للشيزوفرنيا ، وجد كورتز ، وموزر Kurtz & Mueser (2008) حجم تأثير كبير لنواتج الإتقان الأفضل للمحتوى (قيمة " D " = 1.20) ، وحجم تأثير متوسط للنواتج المتوسطة. مثل مقاييس الأداء للمهارات الاجتماعية والحياة اليومية (قيمة " D " = 0.52). والأداء الجمعي (قيمة " D " = 0.52) ، والأعراض السالبة (قيمة " D " = 0.40) ، وحجم تأثير صغير للنواتج البعيدة ، مثل الأعراض الأخرى (قيمة " D " = 0.15) ، والارتداد (قيمة " D " = 0.23).

كما قمنا بدراسة فعالية تدخل التدريب السلوكي المعرفي الجمعي للمهارات الاجتماعية الذين يدمج فعالية تدخلات العلاج السلوكي المعرفي والتدريب على المهارات الاجتماعية. وفي دراسة استطلاعية (Granholm et al., 2002) ، وجدنا ان التدريب السلوكي المعرفي الجمعي على المهارات الاجتماعية قد حسن الأداء ، ونتج عنه حجم تأثير متوسط إلى كبير لتقليل الأعراض . هذه الدراسة الاستطلاعية تسوغ تجربة إكلينيكية أكبر (Granholm et al., 2005) ، والتي تم فيها التقسيم العشوائي لعدد 57 مريضا (غير مقيمين في العيادة) ، والتي تم فيها التقسيم العشوائي لعدد 76 مريضا (غير مقيمين في العيادة) من ذوي الشيزوفرنيا المزمنة ، واضطراب الشيزوفرنيا الوجداني (متوسط السن = 54) – للعلاج كالعادة ، أو التدريب السلوكي المعرفي الحمضي على المهارات الاجتماعي + العلاج كالعادة. لم تختلف المجموعتين في أي من المتغيرات الديموغرافية أو متغيرات النتائج في الخط

القاعدي. معظم المرضى كانوا حاصلين على مؤهلات عليا ، وعذب ، وعاطلين ، ويعيشوا في بيوت الإعالة. تم عمل التقييمات الأولى للنواتج المتعددة الخط القاعدي ، وفي نهاية المعالجة (6 أشهر) ، بما في ذلك الأداء النفسي – الاجتماعي ، التبصر المعرفي ، والأعراض السالبة والموجبة ، وإتقان المهارات في التدريب السلوكي المعرفي الجمعي على المهارات الاجتماعية (تم استبعادهم قبل حضور الجلسة الرابعة) ، إلا أن 100 ٪ من المرضى المشاركين في العلاج قد أتموا 12 جلسة من جلسات التدريب السلوكي المعرفي الجمعي على المهارات الاجتماعية ، في حين أتم 97 5 على الأقل 75٪ من الجلسات. أظهرت تحليلات " النية للعلاج " تأثيرات دالة لمجموعة المعالجة بالنسبة للأداء النفسي – الاجتماعي ، والتبصر المعرفي وإتقان المهارات في التدريب السلوكي المعرفي الجمعي على المهارات الاجتماعية (Granholm et al., 2005, Granholm et al, 2007). أما المرضى في التدريب المعرفي الجمعي على المهارات الاجتماعية + العلاج كالعادة ، فقد كانوا قادرين على تعلم مهارات المجابهة السلوكية المعرفية ، وأظهروا تحسنا في الأداء النفسي الاجتماعي ، وأصبحوا أكثر مرونة وأكثر موضوعية في تفكيرهم عن الأعراض (تحسن في التبصر المعرفي). وفي التجربة المستمرة ، نحن نقارن التدريب السلوكي المعرفي الجمعي على المهارات الاجتماعية مع حالة ضابطة للتواصل الداعم النشط الذي يرتكز حول الهدف لدى الأفراد الذين لديهم شيزوفرنيا ، ويبلغون من العمر 18 عاما فما فوق.

التقييم الإكلينيكي Clinical Assessment

إن قياس التحسّن الإكلينيكي والوظيفي لدى أفراد المجموعة طريقة مفيدة في مراقبة التقدم خلال فترة المشاركة في مجموعات التدريب السلوكي المعرفي الجمعي على المهارات الاجتماعية ومع الموارد المحدودة في المواقع العيادية ، قد يكون من التحدي قياس النواتج بدون هيئة مدربة ، تقوم بتطبيق المقابلات الإكلينيكية والتقييمات التي تقوم على الأداء – بشكل موثوق به. ومع ذلك ، توجد العديد من قوائم التقرير الذاتي ،

وسهلة التطبيق. تجدر الإشارة إلى أن الهدف العلاجي الرئيسي في التدريب السلوكي المعرفي الجمعي على المهارات الاجتماعية هو الأداء. لقد كان هناك شك في صدق التقرير الذاتي للأداء لدى هذه الفئة من الناس ؛ ولكن المشكلات الرئيسية في المقاييس التي تسأل الناس تقدير جودة أدائهم في مهام الأداء. فالمقاييس التي تسأل ببساطة عما إذا قد تم أداء سلوكي وظيفي معين لا تعتمد على الأحكام التي تشير إلى الجودة التي تم بها الأداء. مقياس المهارات الحياتية المستقلة (Wallas et al, 2000) مقياس تقرير ذاتي يسأل فقط عما إذا كانت سلوكيات الأداء الخاصة قد تمت أم لا أثناء الشهر الأخير فيما يتعلق بعشرة مجالات من الأداء ، تتراوح بين الأنشطة الخاصة بالحياة اليومية إلى الاجتماعية والعمل / التعليم ؛ توجد أيضا نسخة تقدم التعليمات من مقياس المهارات الحياتية المستقلة ، إذا كان المقدم ، أو أحد أفراد الأسرة الذي يتواصل مع العميل باستمرار موجودا. كما أن حزمة أدوات التأهيل النفسي – الاجتماعي Psychosocial Rehabilitation Toolkit (Arns et al., 2001) ، عبارة عن مقياس يملأه مقدم الرعاية أو أحد أفراد الهيئة ؛ بناء على الوثائق (مثلا ؛ السجلات المدرسية) عن أداء الشخص ، يمكن قياس التحسن في أعراض القلق من خلال استخدام قائمة الاكتئاب لبيك Beck Depression Inventory (Beck et al, 1996) ، وهي أدوات تقرير ذاتي. أما مقاييس تقدير الأعراض الذهانية Psychotic symptom Rating Scales (Haddock et al., 1999) ، فهي عبارة عن مقياس مقابلة يمكن استخدامه لأبعاد متعددة للهلوسات ، والأوهام ، بما في ذلك ، الحدة ، والقلق ، والخلل الوظيفي المرتبطة بالأعراض ، بالإضافة على الاقتناع بالأوهام والمعتقدات عن الأصوات (مثلا ؛ القوة الخارجية ، السيطرة). أما مؤشر الرضا عن الحياة Life Satisfaction Index (Wallce & Wheeler, 2002) ، فهو مقياس تقرير ذاتي لتقييم الصحة الفرضية على عدة أبعاد (مثلا الحيوية مقابل الكسل ، مفهوم الذات ، التفاؤل). فقد وجدنا التغيرات على كل هذه الأدوات في بحوثنا السابقة.

تضمين عضو المجموعة Group Member Inclusion

غالبا ما يسأل أطباء الإحالة عن كيفية تحديد الأفراد في المجموعة المؤهلين أو المناسبين للتدريب السلوكي المعرفي الجمعي على المهارات الاجتماعية. في تجاربنا السابقة باستخدام التدريب السلوكي المعرفي الجمعي على المهارات الاجتماعية ، كانت معايير التضمين والإقصاء المستخدمة ع امة بشكل مقصود لضمان عينة من الأفراد ممثلة ، لديهم مرض عقلي حاد. لم يتم استبعاد المشاركين. على سبيل المثال لتعاطيهم المواد ، أو لسوء تنظيم ، أو الاضطرابات المعرفية. فإذا لم يحتاج العميل إلى علاج مكثف داخل العيادة من تعاطي المواد ، أو الذهان أو الانتحار أو المرض العقلي ، يقدم لهم العلاج الجمعي القائم على التدريب السلوكي المعرفي الجمعي على المهارات الاجتماعية خارج العيادة. كما قمنا أيضا بتقييم الاضطراب العصبي – النفسي في التجربة السابقة (Granholm et al., 2008) ، ووجدنا أن حدة الاضطراب العصبي – المعرفي لا يتوسط النتيجة في التدريب السلوكي المعرفي الجمعي على المهارات الاجتماعية. كما وجدت فوائد مماثلة تتعلق بالعلاج كالعادة للعملاء ذوي الأداء العصبي – المعرفي الضعيف ، والجيد. ففي حين أن الأعراض السالبة وسوء التنظيم تمثل تحديات في أي مجموعة تركز على الهدف ، إلا أن هذه المشكلات يمكن مخاطبتها في جلسة جمعية من خلال التدخلات والتيسيرات المتعددة فنحن نخاطب الأعراض السالبة من خلال استهداف الاتجاهات الانهزامية التي تحدثنا عنها من قبل ، والتي تمثل الأساس لقلة الدافعية ، والفتور ، والانسحاب ، ومن خلال العمل مع عضو المجموعة لتنمية هدف أدائي ذي معنى وقابل للتحقيق ، وتحدي الاتجاهات الانهزامية (مثلا : لماذا المحاولة ؟ أنا فاشل ") ، فمن الممكن التغلب على قلة الدافعية والاستمتاع بالانجازات الناجحة ، من خلال الخطوات الصغيرة التي تمهد الطريق للأهداف الكبيرة. من الممكن مخاطبة سوء التنظيم والاضطراب المعرفي من خلال الأسلوب البنائي والموجز للتدريب على المهارات في التدريب السلوكي المعرفي الجمعي على المهارات الاجتماعية ، فاللفظية الأولية ، والمهارات البسيطة والمركزة ، والأوراق المكتوبة – في التركيز على الجهد ، والعمل بنجاح نحو تحقيق الأهداف. فالمواد في كل

الموديولات تتناسب مع سؤال أعضاء المجموعة القراءة بصوت عالي. بالإضافة إلى سؤال أفراد المجموعة إتمام نشاط داخل الجلسة على لوحة بيضاء لكي يتم إشغال أعضاء المجموعة في هذه الجلسة والتركيز عليها. ففي موديول المهارات الاجتماعية ، يتم تضمين طرق بسيطة من ثلاث خطوات للتعبير عن المشاعر الموجبة والسالبة ، وقد وجدنا ذلك مفيدا في تأطير الحديث غير المنظم والعرضي كمشكلة تواصل تتداخل مع أهداف العميل. من الممكن مخاطبة ذلك في التدريب على لعب الدور ، وتدريبات التواصل. نحن نعتقد أن أفضل طريقة لتحديد ما إذا كان العميل سوف يستفيد من التدريب السلوكي المعرفي الجمعي على المهارات الاجتماعية هي تقديم التدخل وتجربته.

بروتوكول التدريب السلوكي المعرفي الجمعي على المهارات الاجتماعية CBSST Protocol

يتم تقديم التدريب السلوكي المعرفي الجمعي على المهارات الاجتماعية في ثلاث موديولات ، بواقع ست جلسات لكل موديول. في حين أنه من الممكن إتمام البرنامج في 18 جلسة ، يتم تشجيع العملاء – بشكل قوي – على المشاركة في الموديولات للمرة الثانية لمدة 36 جلسة وإجمالا. فقد وجدنا أن ذلك يزيد – بشكل كبير – من فعالية البرنامج ، ويعزز المهارات المتعلمة أثناء كل موديول. إن التحسينات في الأداء الفعلي تحتاج إلى وقت. إن التحسينات التي رأيناها لدى العملاء بعد التعرض الثاني للمحتوى والمهارات مدهش للغاية. الموديولات الموصوفة أدناه يتم تقديمها باستخدام إجراءات قبول الدخول في الموديولات الدوارة ، حيث يقوم العميل بالدخول إلى المجموعات في بداية أي موديول ، بدلا من البدء مع نفس مجموعة المرضى في نفس الوقت ، وإتمام التدخل كله قبل التسجيل في مجموعة جديدة. إن مدخل الدخول الدوار عملي في معظم العيادات. بالإضافة إلى ذلك ، من الممكن أن يحقق أفراد المجموعة الشعور بالإتقان للحصول على المهارات التي سبق لها أن تعلموها.

إن وضع أهداف علاجية شخصية يختارها العملاء هو المكون الرئيسي في التخطيط للعلاج التأهيلي النفسي – الاجتماعي الفعال (Bellack & Muescr, 1993, Cook et al., 1999). فالجلسات الأولى من كل موديول في التدريب السلوكي المعرفي الجمعي على المهارات الاجتماعية تشتمل على وضع الأهداف والمناقشات عن التقدم نحو الأهداف ، والتدريبات التي تشجع أفراد المجموعة على التركيز على وضع الأهداف الشخصية التي تتعلق بالأداء ، بعد ذلك تصبح هذه الأهداف محور التركيز في تحدي الأفكار ، والتدريبات على مهارات التواصل ، والتدخلات من أجل حل المشكلات في الجلسات اللاحقة في التدريب السلوكي المعرفي الجمعي على المهارات الاجتماعية. فإذا ما حدد عضو المجموعة هدفا موجه بالأعراض ، مثل " أريد أن أتخلص من الأصوات " ، بعد ذلك يتم عمل مناقشة ، تشجع فيها أفراد المجموعة على التفكير في كيف أن حياتهم تصبح مختلفة إذا لم يمروا بخبرة هذه الأعراض (" ما الذي تفعله إذا ما استيقظت من نومك كل يوم ووجدت أن هذه الأصوات لا وجود لها ؟ "). من الممكن أن يتم وضع الأهداف الشخصية بفعالية في موقع لمجموعة من الأفراد ، وذلك بتشجيع هذه المجموعة من الأفراد على الاعتماد على خبرات الآخرين في المجموعة ، وعمل عصف ذهني لأهداف بديلة ، وتحديد خطوات معينة نحو تحقيق هدف معين ، وطرق للتغلب على العقبات. يتم تشجيع الأفراد على وضع أهداف باستخدام نموذج يسمى SMART ، حيث أن " S " تعني خاص أي تتصف الأهداف بأنها خاصة (سلوكية) ، و " M " تعني يمكن إدارتها ، و " A " تعني يمكن تحقيقها ، و R تعني أنها أهداف واقعية ، وتحديد المواد المطلوبة لتحقيق الأهداف التي تتحول " T " إلى تغيير له قيمة ، وله معنى في وجود الحياة.

موديول المهارات المعرفية Cognitive Skills Module

العلاج المعرفي هو محور اهتمام هذا الموديول ، على الرغم من أن هذه الأساليب يتم استخدامها أيضا على مدار الموديولين الآخرين. يتم عرض المفاهيم العامة للعلاج

السلوكي المعرفي على أفراد المجموعة ، بما في ذلك العلاقة بين الأفكار ، والمشاعر ، والسلوكيات (النموذج المعرفي الشامل). الأفكار الآلية ، تحدي الأفكار من خلال دراسة الأدلة على المعتقدات والأخطاء في التفكير (مثل : القفز إلى الاستنتاجات ، قراءة العقل ، فكرة الكل أو لا شيء). من الممكن أن تتداخل الأفكار الخاصة المختلفة وظيفيا ، مثل التوقعات (" لن يكن ذلك ممتعا ") ، معتقدات فعالية الذات (" أنا فاشل ") ، والمعتقدات الشاذة (" لو خرجت لأصابتني الأرواح بالأذى ") — مع أداء السلوكيات التكيفية ، على الرغم من القدرة السليمة للمهارة. إن تقليل التأثير السلبي لهذه المعتقدات على الأداء الاجتماعي يعد هدفا للتدريب السلوكي المعرفي الجمعي على المهارات الاجتماعية. ومن خلال تحدي معتقدات الأداء الانهزامية ، من المحتمل أن يشارك العملاء في السلوكيات الموجه بالهدف ، ويستخدمون المهارات التي لديهم. ومن خلال مناقشة المجموعة والتدريبات ، وتسجيلات الأفكار ، والواجبات المنزلية ، يتعلم المرضى تحديد الأفكار ، وتحديد العلاقات بين الأفكار والانفعالات ، والسلوكيات ، وتحديد الأخطاء في التفكير. يتم إجراء التجارب السلوكية داخل وخارج المجموعة (الأنشطة والواجبات داخل الجلسة) من أجل جمع الأدلة لتقييم المعتقدات. يتم استخدام العلاج البديل ، الحوار السقراطي وسلسلة التفكير (Beck & Rector, 2000) لمساعدة المرضى في دراسة منطق المعتقدات وتوليد المزيد من البدائل التكيفية للأخطاء في التفكير ، أو الأفكار بدون أدلة كافية. الأفكار الرئيسية المستهدفة هي المعتقدات عن أنشطة الأداء الاجتماعي (مثلا : توقع الفشل ، ترقب المتعة ، توقع الضرر) ، والهلوسات (مثلا : القوة الخارجية ، القوة المطلقة ، السيطرة المطلقة ، والعلم المطلق للأصوات) والمعتقدات عن الأحداث اليومية (التزامن) التي يستخدمها أعضاء المجموعة كدليل للتأكيد على الأوهام. من أجل تسهيل التعلم ، ومساعدة أفراد المجموعة على تذكر واستخدام الأساليب المعرفية في الحياة اليومية ، ويتم تقديم معينات الذاكرة (بطاقات توضع في الحافظة تحتوي على معلومات عن المهارات). على سبيل المثال ، لكي نعزز تحدي الأفكار ، استخدمنا اللفظة الأولية : م (امسك بها) ، ف (افحصها) ، غ (غيرها) أي الفكرة (انظر الشكل 9.2)

امسك بها : حدد الفكرة.

افحصها : حدد الأدلة التي تدعم وتدحض الفكر والأخطاء في التفكير.

غيّرها : عدل الفكرة بحيث تكون دقيقة ومفيدة.

الشكل (9.2) اللفظية الأولية : م – ف – ع

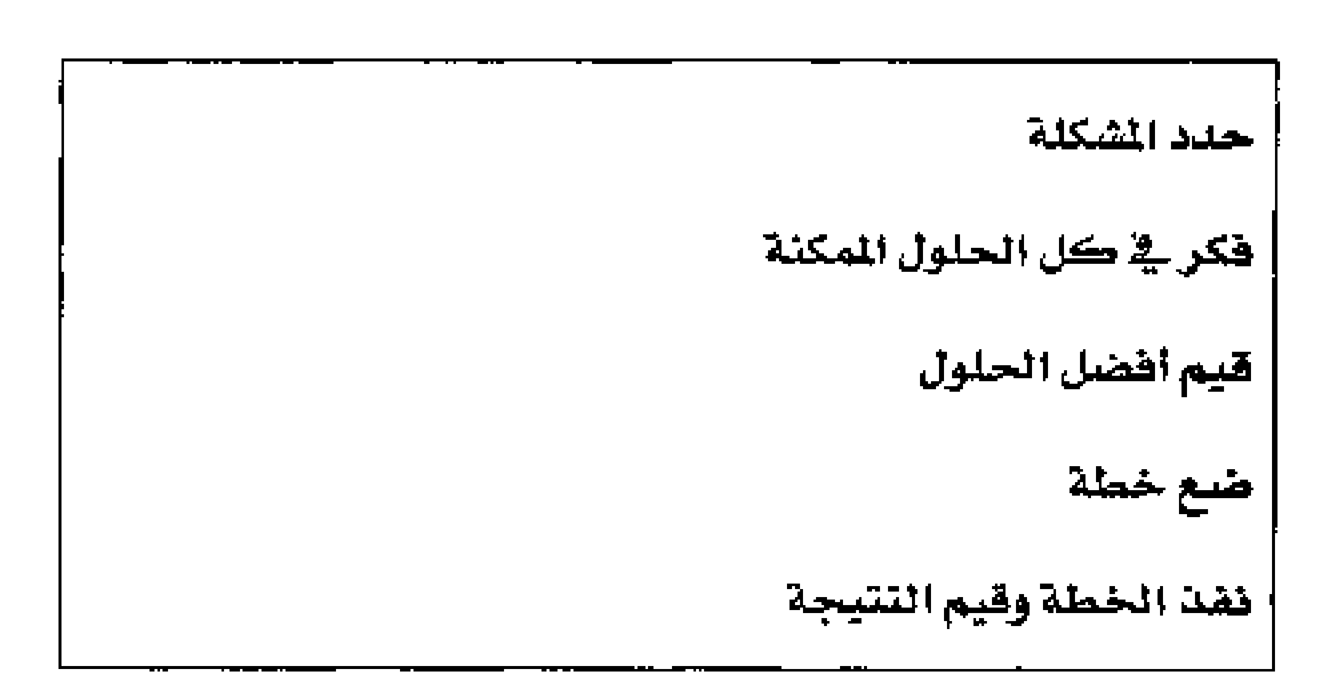
موديول المهارات الاجتماعية Social Skills Module

إن الهدف الرئيسي من هذا الموديول هو تحسين مهارات التواصل والتفاعلات النفسية – الاجتماعية في خبرات الحياة اليومية ، والأسلوب العلاجي المهيمن في هذا الموديول هو لعب الدور السلوكي ، والممارسة والتعزيز هما التدخلات الرئيسية. تركز ألعاب الدور المهمة على الأنشطة الاجتماعية والترفيهية مع الأصدقاء والأسرة ، كما ينبغي إشباع الحاجة للتواصل التوكيدي من خلال مقدمي الرعاية ، ومدير الحالة. يتم تعليم أساليب قصيرة من ثلاث خطوات لتيسير التعبير عن المشاعر الموجبة والسالبة ، وعمل مطالب موجبة (Bellack et al., 2004) ، لتحسين المشاركة التوكيدية ، والواضحة والمريحة للمشاعر في التفاعلات الاجتماعية. إن تحسين الأنشطة اليومية والأداء النفسي – الاجتماعي موضوعات شائعة في لعب الأدوار لهذه المهارات (مثلا : سؤال صديق أن يغير من سلوكه ، سؤال شخص أن يذهب معك أفراد المجموعة إلى المسرح ، التفاعلات التوكيدية مع الزملاء / أصحاب الأعمال). ينتقد أفراد المجموعة مناحي القوة والضعف في أدائهم وأداء الآخرين ، وفقا لقائمة من المكونات المهارية اللفظية وغير اللفظية المعروضة على لوحة الملصوقات (مثلا : التواصل العيني ، حجم الصوت). ثم يتم استخدام هذه التغذية الراجعة في ألعاب دور لاحقة حتى يشعر أفراد المجموعة بالثقة في قدرتهم على تنفيذ المهارة في المجتمع.

كما أن الأفكار والمعتقدات تلعب أيضا دورا هاما في موديول المهارات الاجتماعية. إن مساعدة أفراد المجموعة على تحديد اتجاهات الأداء الانهزامية قبل لعب الدور (عدم تصديق أنهم سوف يكونوا قادرين على التعبير عن الإحباطات ، والتوقعات عن ردود الفعل السالبة من الشخص الآخر .. إلخ) مفيدة في الغالب. يتم إبراز معتقدات الأداء ، وفعالية الذات ، واستخدام القياس قبل وبعد لعب الدور والتقديرات الانهزامية عن قدرات التواصل. بعد لعب الدور ، تناقش المجموعة هذه الأفكار ، والتغيرات الممكنة في المعتقدات (" لم أعتقد أن بإمكاني عمل ذلك " ، " لم يكن الأمر بهذا السوء " .. إلخ) لتعزيز الأداء الحقيقي للمهارات المراد تنميتها.

موديول حل المشكلات Problem Solving Module

ينصب تركيز هذا الموديول على زيادة مهارات حل المشكلات لمخاطبة التحديات اليومية ، والتغلب على العقبات من أجل تحقيق الأهداف ، وإعداد الخطط للمشاركة مع مقدم الرعاية ومدير الحالة لحل المشكلات اليومية. كما يتم مخاطبة المشكلات التي تتعلق بالمرض والصعوبة ، مثل مجابهة الأعراض والقلق ، وتذكر تناول الدواء ، وزيادة الأنشطة الترفيهية ، والعلاقات ، والصحة النفسية. صمم تعليم المهارات الأساسية لحل المشكلات باستخدام اللفظية الأولي : ح. ف . ق. ص. ن لقياس مقدار المشكلات ، خطة في المرة الواحدة (انظر الشكل 9.3).


حدد المشكلة

فكر في كل الحلول الممكنة

قيم أفضل الحلول

ضع خطة

نفذ الخطة وقيم النتيجة

الشكل (9.3) اللفظية الأولية : ح.ف.ق.ض.ن : حل المشكلات الأساسية

عند تحديد المشكلة ، من المهم تقسيم المشكلة ، وتحديد الخطوات المعينة التي يمكن التحكم فيها (مثلا : أحتاج إلى غسيل الأطباق في يوم الخميس ، الساعة الخامسة مساء – فهذه مشكلة محددة أكثر من " أحتاج إلى أن أجعل شقتي نظيفة ". إن التفكير في الحلول الممكنة خطوة مهمة جدا ؛ وتحمل في طياتها التحدي. فالحلول الممكنة يتم توليدها وكتابتها على أوراق ، ولوحة بيضاء بدون مراقبة أي حل أو تقيم أفضل الحلول ، ومع ذلك ، فإن العملاء يتمسكون بحل واحد فقط ، ويبدعون في الشك في نجاح الحلول. لذا ينبغي أن يعمل المعالج على مساعدة أفراد المجموعة ، في تقييم الحلول واختيار اثنين أو ثلاثة منها التقييم التفصيلي ، ولكن وزن السمات الجيدة وغير الجيدة لكل منها (ووضع ذلك في قائمة على سبورة بيضاء أو لوحة ورقية). وعندما تكون المجموعة قد قررت أفضل الحلول ؛ يتم تفصيليا تحديد خطة لتنفيذ الحل ، بما في ذلك المعوقات المحتملة التي قد تظهر ، وبالتالي ينبغي مخاطبتها. ثم تحدد خطة المشكلة للعمل المنزلي ويتم تقييم نجاح الخطة في الجلسة التالية. كما يتم مخاطبة دور الأفكار والمعتقدات وتأثيرها على السلوك في هذا الموديول. قد يرجع عدم التنفيذ الفعال لخطة حل المشكلات غالبا إلى توقعات الفشل (مثلا " لن أستطيع ابدا تذكر موعد الطبيب "). يتم إبراز الأفكار عن النجاح أو الفشل المتوقع للخطط قبل تنفيذ الخطة ، ويتم مراجعة الأدلة على درجة النجاح بعد تجربة الخطة لتحدي المعتقدات الإنهزامية ، ويقوم ميسرو والمجموعة بمساعدة أفراد المجموعة في تحديد أي أفكار مختلفة وظيفيا ، وتشجيعهم على مخاطبة هذه الأفكار من خلال تدريب اللفظية الأولية : م.ف.غ.

التطبيق الإكلينيكي للتدريب السلوكي المعرفي على المهارات الاجتماعية

Clinical Application of CBSST

ماري ، سيدة أمريكية من اصل أفريقي ، متزوجة ، وتبلغ من العمر 54 عاما ، وتبين من خلال الدليل الإحصائي التشخيصي للاضطرابات العقلية أنها تعاني من

اضطراب الشيزوفرنيا الوجداني ، ولها تاريخ من تعاطي المخدرات ، وأعراض المزاج ، والألم المزمن. أعلنت ماري أنها تمر بخبرة الهلوسات السمعية ، وهلوسات بصرية من آن لآخر ، حيث ترى أناسا لا يراهم أحد غيرها. قالت ماري أن الأصوات " إزدرائية جدا " ، وتتحدث مع بعضها البعض عنها ، حيث يجعلونها محل سخرية ، وكانت هذه الأصوات تلومها على موت ابنها. اعتقدت ماري أنها هي المسئولة عن موت ابنها وهو مازال طفلا صغيرا ، لأنها لم تهتم بحاجات أطفالها مثلما تهتم بحاجتها هي. فقد قالت أنها تركت ابنها يموت ، حيث لم تفعل ما كان ينبغي عليها فعله لعلاجه من مرضه.

أثناء خدمتها العسكرية وهي في بداية العشرينات من عمرها ، ازدادت الأعراض لدى ماري في التكرار والحدة بعد موت أحد أطفالها ، حيث بدأت تشرب الكحول بانتظام ، ومرت بخبرة الاكتئاب ، وبدأت الأصوات تأمرها بعمل أشياء ، ثم إلحاق الأذى بنفسها ، كما كانت أول محاولاتها للانتحار وهي في الثالثة والعشرين عاما ، ووفقا لسجلاتها الطبية ، فإنها حاولت الانتحار 10 مرات ، وبالإضافة إلى شرب الكحول بكثافة ، بدأت تدخن الحشيش وأدمنت المخدرات ، وعند استجوابها أنكرت أنها تتعاطى المواد. لم تلتزم ماري بالعديد من فترات العلاج ، ولذا تفاقمت الأعراض لديها ، ونتيجة لذلك تم إيداعها في المستشفيات 20 مرة ، اثنان منهم قبل المقابلة معها باثنا عشر شهرا. أتمت ماري تعليمها في المدرسة العليا ، وعامين بعدها ، ثم خدمة العسكرية لمدة 3 سنوات ، ولم تعمل في 25 عاما. انفصلت ماري عن زوجها الثاني بسبب إيداعه في السجن بسبب العنف الأسري وتعاطي المواد. كان لماري ولد وابنة ، وكانت تعيش مع ابنتها وأحفادها الأربعة منذ سبعة أشهر قبل المقابلة. لم تقيم ماري علاقات اجتماعية خارج أسرتها ، وغالبا ما كانت تنعزل بنفسها عن الآخرين ، وكانت تقول بأنها متدينة ، وكانت تستخدم الصلوات كطريقة لمجابهة الأعراض. كانت ماري تستخدم الكرسي المتحرك بسبب – كما تقول – الألم المزمن الذي تعاني منه.

أثناء الجلستين الأولى والثانية ، تم تحديد العديد من المجالات محل التركيز. فقد كانت ماري تظهر الإحباط والغضب فمن تعتبرهم أنهم يستغلونها. فقد عبرت عن عدم التأكد من كيفية التعامل مع أو معالجة هذه المواقف ولم تكن توكيدية.

كما أن عدم قدرتها على وضع حدود لسلوكيات الغير خلق لديها مشاعر القلق. لقد كان لماري تاريخ من وضع احتياجات الآخرين مقدما على احتياجاتها. فقد كانت تهب وقتها ومالها للآخرين ، وهذا قد أثر عليها سلبا. " أنا أعطيهم المال حتى لا يعانوا ، ولكن في كثير من الأحيان كانوا يسيئون استغلال ذلك ، ولا أستطيع أن أفعل شيئا). هذا الاتجاه الانهزامي واليأس منعها من التصرف من أجل أن تفي باحتياجاتها هي. كانت ماري ترى أنها غير قادرة على التعامل مع مشكلاتها ، وكانت تهرب (تنسحب) عندما تزداد المشكلات ، حيث تتوقع الفشل لو حاولت التغيير. هذا الاعتقاد الانهزامي منعها من المواجهة ، وكانت تنتقل إلى أماكن أخرى لتتجنب حل المشكلات. وفي التدريب السلوكي المعرفي على المهارات الاجتماعية ، يتم استخدام التدريب على حل المشكلات للوصف الذهني للحل التي تتعلق بهذه المشكلات البينشخصية ، وتم استخدام التدريب على المهارات الاجتماعية لزيادة التواصل التوكيدي وتم استخدام تحدي الأفكار لمخاطبة هذه المعتقدات الإنهزامية.

في التدريب السلوكي المعرفي على المهارات الاجتماعية ، تشتمل الجلسات الأولى من كل موديول على مناقشة بخصوص الأهداف ، والواجب المنزلي يطلب من أعضاء المجموعة وضع أهداف ، وهذا يتيح الفرصة لمناقشة وضع الأهداف لأعضاء جدد ، والتقدم نحو الأهداف ، والمشكلات / العقبات التي تتداخل مع الأهداف ، فالأهداف ترتبط بالتعافي والأداء. على سبيل المثال / العقبات التي تتداخل مع الأهداف ، فالأهداف ترتبط بالتعافي والأداء ،على سبيل المثال ، تقليل الأعراض (مثلا : " أريد التخلص من الأصوات ") ليس هدفا أدائيا مفيدا في ذاته ، ولكن التركيز على ما قد يفعله أعضاء المجموعة لم تكن الأصوات سيئة (الاجتماع مع الأصدقاء ، الحصول على وظيفة ") هي الأهداف الأكثر منفعة. وفي حالة ماري ، ذكرت في البداية أنها تريد التعامل مع " الاندفاعية ، الألم المزمن ، التخلص من الأصوات ، الشعور بالذنب " كأهداف. ففي حين أن هذه كانت مهمة بالنسبة لماري ، إلا أنها ليست أهدافا وظيفية. سؤلت ماري عن ما يمكن أن تفعله – مختلفا – إذا كانت أقل اندفاعية ، ولم تمر بهذا الألم ، ولم تزعجها الأصوات أو لم تشعر بمزيد من الذنب وتأنيب الضمير. وبعد بعض

التفكير ، قالت ماري أنها كانت ستحسن من علاقاتها من خلال الحفاظ على روابط أفضل مع الآخرين. تحديدا ، ذكرت أنها لن تقرض الناس مالا ، وأنها ستهتم باحتياجاتها أولا ، كما أنها سوف تصاحب إنسانا خارج نطاق أسرتها ، وذكرت أيضا أنها كانت ستعيش بمفردها في شقة ، بدلا من أن تعيش مع ابنتها وأسرتها ، وكانت ستعمل في اتجاه تحقيق الأهداف.

وفي موديول المهارات المعرفية ، بدأت ماري تعلم كيف تستخدم اللفظية الأولية : م.ف.غ بدأت ماري في تطبيق المهارات على بعض أفكارها ، وفي أحد الجلسات الأولى ، طبقت هذه اللفظية الأولية على فكرة " أنا ليس لي أي قيمة " ، حيث إن هذه الفكرة – كما قالت ماري – كانت هي الدافع لمشاعر انعدام القيمة كما أنها كانت تؤثر سلبا على سلوكها في علاقتها مع الآخرين ، لأنها رأت الفكرة تقودها إلى أن تكون غير توكيدية ، وتعطي مزيدا من الوقت والمال للآخرين حتى يروا أنها مفيدة وذات قيمة. وفي النهاية توقعت الفشل في العلاقات ، لأن الآخرين سوف يكتشفون أنها لا قيمة لها. كما اعترفت ماري أيضا بأن ما ينبغي على هذه الفكرة هي الأصوات الازدرائية التي تسمعها باستمرار (" أنت عديمة القيمة ؛ اقتلي نفسك "). الشكل 9.4 يقدم مثالا على اللفظية الأولية التي استكملتا ماري

<table>
<tr><td colspan="2">تدريب اللفظية الأولية : م . ف . غ</td></tr>
<tr><td colspan="2">امسك بها Catch it</td></tr>
<tr><td>" أنا لست مفيدة "</td><td>المشاعر : الحزن ، والأذى</td></tr>
<tr><td colspan="2">افحصها Check it</td></tr>
<tr><td>الأدلة التي تؤيدها</td><td>الأدلة التي لا تؤيدها</td></tr>
<tr><td>1- الأصوات تقول لي أنني ليس لي فائدة
2- أنا كبرت في السن.</td><td>1- أنا أفعل الكثير لأرعى أحفادي.
2- الأصوات ليس دائما على صواب.
3- أنا أعطي أولادي أموالا وأشياء</td></tr>
</table>

3- أنا أسير على كرسي متحرك أخرى. 4- أولادي ينتقدونني لعدم مساعدتهم 4- أولادي يقولون أنني أم طيبة بشكل كافي
أخطاء التفكير 1- الكل أولا لا شيء (هذه الفكرة ترى أنها لا قيمة لها على الإطلاق). 2- الشخصنة (إن عدم حصول أولادها على المال الكافي وحاجتهم إلى مساعدتها يعود إلى خطأها هي). **غيرها Change it** " أنا لست أما ولا جدة مثالية ، ولكني أفعل الكثير لأساعدهم ، ويمكن أن أكون مفيد لهم "

الشكل 9.4 : تدريب اللفظية الأولية : م.ف.غ

أثناء أحد الجلسات ، اشتكت ماري من أن أسرتها لا تحتفل بيوم " الجدة " معها ، حيث قالت " لم يتصل بي أحد ". وبشيء من التوجيه ، حددت ماري ، الفكرة التي مؤداها أنه لو كانت هي ذات قيمة ، لاتصلوا بها وأنه " لو أن لي قيمة كجدة ، لاتصلوا بي ، لكنهم لم يتصلوا ، إذا أنا جدة سيئة ، إن القيمة المدركة عند ماري كجدة تعتمد على سلوك ابنتها وأحفادها ، والذي فسرته كدليل على قيمتها الذاتية. قام ميسر المجموعة بتوجيه ماري من خلال تدريب اللفظية الأولية لتحدي هذه الفكرة كما هو مبين في الشكل السابق.

عبرت ماري عن إحباطها من عدم التواصل الذي حدث مع انتقالها لجلسة جمعية معينة ، وبعد مناقشة الموقف مع المجموعة ، استطاعت تحديد الأفكار بعد الموقف. ومن هناك ، وجه ميسر المجموعة ماري وأفراد المجموعة من خلال تدريب قامت فيه ماري بنعت الأفكار على أنها " خطأ في التفكير ". حددت ماري فكرة " السائق لا يحبني (قراءة عقلية : عمل افتراضات عن الكيفية التي يشعر بها السائق تجاهها " ، "

المجموعة لن تفيدني في شيء " (فكرة الكل أولا شيء : استخدمت ماري كلمة " لن " وتتنبأ بالمستقبل) ، " السائق تسيئني عن عمد " (القفز إلى الاستنتاجات : الوصول إلى قرار بناء على قليل من الأدلة). عندما أدركت ماري الأنماط السابقة في تفكيرها ، استطاعت تعديل تفكيرها ، واعترفت بأنها بعد المناقشة أصبحت أقل إحباطا.

وعندما وصلت ماري إلى الجلسة الثانية عشر أعلنت أنها تركت بيت ابنتها في عطلة نهاية الأسبوع الماضي. وصفت ماري موقفا شعرت فيه بالإحباط من صديق ابنتها ، وقررت أن " ما مضى يكفي " ، حيث قررت العودة إلى شقتها ، وحددت شعور " أنا مستريحة " عندما وضعت مفاتيح الشقة في يدها. فلهذا كان حدثا هاما بالنسبة لماري ، وشجعها أفراد المجموعة على هذا القرار. وهذا يشير أيضا إلى التحول في معتقدات ماري عن نفسها ، والنتائج المترتبة على ذلك في علاقتها مع أسرتها. كما ذكرت أيضا ماري بعض المشكلات التي تتعلق بالعيش بمفردها ، حيث حددت الفكرة " لا أستطيع أن أعيش بمفردي ". قامت ماري – كواجب في هذا الأسبوع - بملأ تدريب اللفظية الأولية عن هذه الفكرة. وأثناء مناقشة الواجب في الجلسة الجماعية ، استخدمت أسلوب السهم النازل لتحديد المعتقد الرئيسي " أنا فاشلة ". اعترضت ماري أن هذا المعتقد يؤثر في الغالب على مشاعرها وسلوكها ، ويجعلها مترددة في تجربة أنشطة جديدة أو تتبع أهدافها. وعندما سُوئلت أن تقدم الأدلة التي تؤيد أو تعارض هذه الفكرة ، قالت أنها تشعر بأنها فاشلة بسبب الصعوبات التي تمر بها من جرّاء أعراض الشيزوفرنيا. فالأعراض جعلت البقاء في الوظيفة عبئا ثقيلا ، وأدت إلى السلوك الضعيف الذي تظهره كأمام ، حيث لم تنتبه ، ولم تساعد أطفالها عندما كانوا صغارا . إن الصعوبات الأسرية والمهنية لماري عززت المعتقد بأنها فاشلة. كما أدت أيضا إلى معتقدات الأداء الانهزامية والتي عملت كمعوقات في طريق وضعها للأهداف والسعي لتحقيقها.

وفي موديول المهارات الاجتماعية ، ركزت ماري على زيادة تواصلها المباشر والتوكيدي مع الآخرين ، ركزت ماري على زيادة تواصلها المباشر والتوكيدي مع الآخرين. وصنفت ماري موقفا كانت تحاول منه تفصيل رغبتها لابنها أن يغسل

سيارتها ، ولكن لم تنجح وفي الجلسة ، شاركت ماري في لعب الدور لممارسة مهارات التواصل ، والطلب الإيجابي. أولا : قام المعالجين بلعب الدور كل مع زميله ، مع وجود تعليمات على الورق. ثم طلب من ماري أن تتذكر الأفكار التي لديها عن لعب الدور. ذكرت ماري أنها تشعر بالعصبية إذا قامت بلعب الدور ، حيث إنه شيء يصعب عليها عمله ، ولكنها قامت بالمحاولة الأولى :

" أنت تغسل السيارات بشكل جيد ، ممكن تغسل سيارتي ؟ "

بعد ذلك ، قدم أفراد المجموعة التغذية الراجعة البناءة لماري " أظهرت ماري تواصل عيني ضعيف ، وكان لديها صعوبة في أن تطلب من أحد شيئا مباشرة لأنه عمل " غير مريح ". بدلا من ذلك ، فإن الرسالة التي كانت تحاول توصيلها يستدل عليها ضمنيا ، وذكرت أن هذا الأسلوب مريح. وبعد بعض المناقشات ، والمقترحات من أفراد المجموعة عن كيفية تحسين ذلك ، جربت ماري لعب الدور مرة أخرى

" أكون شاكرة لك إذا قمت بغسيل سيارتي ، فهذا يسعدني " .

تلقت ماري تغذية راجعة إيجابية من أفراد المجموعة نتيجة لتحسين التواصل العيني وإضافة العبارة التي تدل على شعورها ، والمباشرة في الطلب. ذكرت ماري أن الطلب بهذه الصورة مازال غير مريح ، ولكن هذه الطريقة مفيدة ، وبمزيد من المناقشة ، حددت ماري الأفكار المرتبطة بهذه الأنواع من المواقف ، واشتملت الأفكار على : " سوف يرفض " ، " سيخيب أملي " ، وهذا يوضح أهمية مخاطبة المعارف عند القيام بالتدريب الخبراتية ، كما يحدث في التدريب السلوكي المعرفي على المهارات الاجتماعية. إن الأفكار والمشاعر التي لدى ماري عن كونها توكيدية ، والطلب من الآخرين بالإضافة إلى تلك الأفكار والمشاعر في الجلسة عن المشاركة في لعب الدوار يمكن أن تقلل من احتمالية إتمام ماري للتدريب ، إذا ما تم مخاطبة المهارة فقط. ومن ثم فإن تحديد الأفكار من قبل وبعد لعب الدور يمكن أن يكون مفيد لأفراد المجموعة وميسرا لمجموعة ، ويمكن أن يساد في مخاطبة أي معوقات مختلفة قد تعوق تجربة سلوك جديد.

على الرغم من أن تركيز الموديول منصب على مهارات التواصل ، إلا أن هذا نموذج جيد على كيف يمكن للتدريبات في الموديولات الأخرى أن تساعد في تحديد الأفكار التي يمكن تحديها باستخدام تدريب اللفظية الأولية. إن تحسين مهارات التواصل قد ساعد ماري على أن تصبح توكيدية ، وكان لذلك تأثير سريع على علاقتها. بعد أسبوعين ، أعلنت ماري أنها كانت تنجو من رؤية زوجها المبعد في تجمع أسري ، وقالت أنها – في الماضي – كانت تهرب من مواجهة هذا الموقف. ومن خلال التشجيع والاستفادة من مهارات التواصل التي تعلمتها ، أصبحت واثقة من مجابهة الموقف مباشرة ، بدلا من تجنبه. اعترفت ماري بأن فكرة " أريد أن أهرب " كانت تقف حجرة عثرة أمام تحقيقها للأهداف.

إن موديول حل المشكلات يتيح الفرصة لأفراد المجموعة لتحديد المشكلات مثل المعوقات التي تقف في طريق تحقيق الأهداف ، ثم تحديد الحلول الممكنة للمشكلة. حددت ماري من قبل أن مشكلة كونها تعيش بمفردها مشكلة مستمرة. ففي حين أن مشكلة العيش المفرد ليس هدفا وظيفيا في ذاتها ، إلا أن مزيدا من المناقشة قد أدى إلى هدف يرتبط بالوظيفية أو الأداء في زيادة الاجتماعية. قامت ماري بملأ تدريب اللفظية الأولية :

ح.ف.ق.ض.ن ، وذلك بالبدء بمشكلة " كيف أستطيع مقابلة مزيد من الناس ؟ " إن وضع المشكلة في شكل سؤال يجعلها سهلة بالنسبة لأفراد المجموعة. حيث يستطيعون تحديد الحلول الممكنة للمشكلة ، إذ أن ذلك يسمح لهم بالإجابة عن الأسئلة (انظر الشكل 9.5).

حدد : كيف أستطيع مقابلة مزيد من الناس ؟

فكر في كل الحلول الممكنة :

1- اذهب إلى دور العبادة.
2- شبكة أعمال من خلال أصدقاء آخرين.

3- اذهب إلى المركز التجاري للتسوق.

4- اذهب إلى المقهى.

قيم أفضل حل ممكن : اذهب إلى المركز التجاري للتسوق

مؤيد	معارض
1- إذا لم أقابل أحداً ، يكفي أن هذا شيء ممتع أريد أن أقوم به.	1- من الصعب أن أقدم نفسي لأي شخص هناك.
2- لقد قابلت أناسا هناك من قبل.	2- أحيانا تكون أصواتي سيئة في وسط الزحام.
3- أنه بجوار بيوتي.	3- قد لا يريد الناس الاختلاط بي.
4- يمكن أن أذهب إلى هناك لشراء الأشياء.	

ضع خطة (بعد مناقشة جماعية وتخطيط جماعي)

1- أراجع جزء مهارة التواصل في دليلي قبل المغادرة.

2- أذهب إلى السوق الحادية عشرة في يوم السبت.

3- أذهب إلى أمكان الأطعمة.

4- أجلس على مائدة بجوار شخص آخر.

5- أتحدث إلى الآخر عن أي شيء وليكن عن حالة الطقس اليوم.

6- افكر في ثلاثة أسئلة أطرحها على الشخص وثلاث حقائق جيدة عن نفسي أحب أن أشاركه فيها.

7- يكون معي قلم وورقة في حالة تسجيل أرقام التليفونات مع الشخص.

التنفيذ والتقييم

أنفذ خطة الحديث إلى شخص ما في المحلات ، ثم أقيم ما الذي يمكنني أن أفعله بشكل مختلف لأجعل الخطة أكثر فعالية في المرة التالية. على سبيل المثال ، هل يمكن أن أجرب وقت أو مكانا آخر ؛ هل اقترب من الشخص بطريقة مختلفة ؟ في الجلسة التالية ، أعلنت ماري أنها حاولت تنفيذ الخطة ، ولكنها اكتشفت أن أصواتها قد ازدادت بسبب الازدحام ، وقلقها من المهمة ؛ وقالت أنها سوف تعدل من الخطة بعمل رحلات أطول للمتاجر للتقليل من القلق ، وتحاول مقابلة الشخص الساعة 11 صباحا في يوم الاثنين حيث لا يوجد إلى عدد قليل من الناس ويكون هناك هدف من الرحلة.

الشكل 9.5 ممارسة اللفظية الأولى : ح.ف.ق.ض.ن.

اختارت ماري حلا ، وقامت بإعداد خطة للذهاب إلى المركز التجاري ، حيث إنها تعرف – من خلال سابق خبراتها – أن الناس هناك سوف يتحدثون إليها ، وسوف تذهب إلى هناك بغرض شراء شيء ما تحتاج إليه ، لذا فإن هذا الشيء سوف يشجعها على الخروج من شقتها. تم تشجيع أفراد المجموعة على اختيار حلين ممكنين لتقييمها. ففي المثال السابق ، تم تقديم حل واحد من الحلين اخترته ماري. وفي نهاية الجلسة ، وافقت ماري على تنفيذ الخطة خلال الأسبوع التالي. تم إبراز الأفكار عن توقع النجاح أو الفشل قبل نهاية الجلسة. فكرت ماري أن الخطة معقولة ، وأنها تستطيع تنفيذها بنجاح. كما أنه من المفيد سؤال أفراد المجموعة أن يضعوا تقدير توقعاتهم على مقياس من 1- 10 (1 = فشل تام ، 10 = نجاح تام) ، ثم بعد ذلك يقوموا بالفحص مرة أخرى بعد محاولة أخرى للتنفيذ.

وعندما عادت ماري للجلسة اللاحقة ، أعلنت أنها حاولت تنفيذ الخطة ، ولكنها لم تنجح في ذلك. وهذه كانت فرصة جيدة للميسر للحديث مع ماري عما يقف في

طريق تنفيذ الخطة ، حيث كشفت المناقشة عن بعض الأفكار والمعتقدات التي تقف في طريق إتمام المهمة ، بالإضافة إلى تعاظم صوت ماري. ذكرت ماري أن لديها أفكار مثل " لن أستطيع أن أفعل ذلك بمفردي " ، " لن أستطيع أن أساعد نفسي إذا ما وقع شيء سيئ ". يمكن استخدام اللفظية الأولية : (م.ف.ع) لتحدث هذه الأفكار أو إتمام تدريب اللفظية الأولية : (ح.ف.ق.ض.ن) ، وذلك من خلال تحديد مشكلة معينة (" كيف أستطيع أن أذهب إلى المركز التجاري للتسوق بمفردي ؟ ") ، أو تعديل الخطة التي أعدها أفراد المجموعة في التدريب الأصلي للفظية الأولية : (ح.ف.ق.ض.ن). ففي حالة ماري ، اختارت تعديل الخطة. قررت ماري عمل رحلات طويلة للمحلات لتشعر بالراحة وهي بعيدة عن شقتها لفترة أطول من الوقت ، وتعمل في محاولة مقابلة شخص ما الساعة الحادية عشرة، يوم الاثنين ، حيث لا يكون في المحلات إلا قليل من الناس. كما ابتكرت إستراتيجية لتحديد هدف الرحلة إلى المركز التجاري ، مثل شراء شيء معين (ملابس مثلا). أعلنت ماري أنها شعرت بالقلق عند بداية جلسة اللفظية الأولية (ح.ف.ق.ض.ن) (التقدير = 8 من 10). بعد ذلك ، طلب الميسر من ماري تقدير القلق لديها مرة أخرى ، وذكرت أن قيامها بالتدريب قد ساعدها على الشعور بالثقة ، وبالتالي تناقص القلق لديها إلى 4 من 10.

إن معتقدات ماري عن عدم قدرتها على رعاية نفسها قد أثر في العديد من المجالات في حياتها ، حيث إن هذه المعتقدات أثرت في ثقتها في الانتقال من شقة ابنتها لتعيش في شقة بمفردها ، كما ساهمت هذه المعتقدات أيضا في أن تستخدم الكرسي المتحرك. حددت ماري الأفكار عن استخدامها للكرسي المتحرك مثل " أنا أحتاجه دائما لأن الألم سوف يصبح أكثر سوءا " ، و " لا أستطيع عمل أي شيء طوال اليوم بدونه ". أحضرت ماري هذا الكرسي معها في كل جلسة إلى الجلسة 24 ، حتى حضرت هذه الجلسة بدون الكرسي وهذا ما لاحظه جميع أفراد المجموعة. تلقت ماري تغذية راجعة إيجابية من أفراد المجموعة ، وذكرت أنها كانت في حالة جيدة خلال الفترة الماضية ، ولذا ، تريد أن تعمل بدون هذا الكرسي. وعندما سُوئلت عن سبب تحسن مزاجها ،

ذكرت أنها قابلت شخصا وتبادلا العلاقات الرومانسية ، وهي الآن تستمتع بقضاء وقتها مع ذلك الشخص.

وكما نفعل مع كل أفراد المجموعة الذين يكملون التدريب السلوكي المعرفي على المهارات الاجتماعية ، فإن ماري التحقت بكل موديول مرتين. ففي المرة الثانية ، أتمت ماري كل موديول ، مما أدى إلى تحسين فهمها وتطبيقها للأساليب بشكل كبير على سبيل المثال ، أثناء عمل ماري في موديول المهارات المعرفية للمرة الثانية ، ذكرت أنها لاحظت تغيرات في أفكارها ، خصوصا المعتقدات عن نظرتها لنفسها ، وكيف أن هذه النظرة ترتبط بحدود وضع الأهداف ، والتوكيدية في العلاقات " أنا الآن أصبحت مهمة ، فلدي رأي ، وسوف يسمعني الآخرون ". اعترفت ماري أن هذا التغيير هام ؛ حيث ذكرت أنها كانت تدفع أدبيا نظير الأخطاء التي تقع فيها مع الآخرين. كما ذكرت أنها فهمت أخطاءها في التفكير ، وأنها استطاعت تغيير تفكيرها بنجاح ، وكذلك سلوكها.

أتمت ماري أيضا موديوليّ المهارات الاجتماعية ، وحل المشكلات للمرة الثانية ، وبإجمالي 36 جلسة. ففي أحد جلساتها الختامية ، بدا على ماري الحزن ، لن أحد أفراد المجموعة علق على زيادة وزنها. ظلت ماري هادئة ولم ترد عليه. استغل ميسر المجموعة هذا الموقف لممارسة مهارات التواصل " التعبير عن المشاعر السالبة ، وتقديم الطلبات الإيجابية ". حاولت ماري توصيل مشاعرها لذلك الشخص في المجموعة بالقول " لا ينبغي ان تتحدث عن وزن أحد ، أنا لا أريد أحدا يذكرني بذلك " ، ومن خلال تذكيرها بخطوات التعبير عن المشاعر السالبة ، قالت ماري " أنا أريد أن إطلب منك شيئا. لو سمحت لا تتحدث عن زيادة وزني أمام المجموعة ، لأني هذا يضايقني. لقد استطاعت ماري أن تعبر مباشرة وبشكل واضح عن شعورها عندما علق أحد أفراد المجموعة ، ثم طلبت – بشكل توكيدي من هذا الشخص عدم الحديث عن هذا الموضوع في الجلسات. لاحظ أفراد المجموعة تحسن الاتصال العيني لدى ماري ، وقدموا لها التغذية الراجعة لشجاعتها في التعبير عن مشاعرها السالبة.

ظل سعي ماري نحو تحقيق هدف أن تكون توكيدية أو " تعطي صوتا لأفكارها وكلماتها " ، و " تضع حدودا واضحة مع الآخرين "- محور التركيز على مدار مشاركتها في المجموعة. عندما كانت ماري تقدم نفسها لأفراد جدد في المجموعة ، كانت تذكر بأنها كانت تحضر جلسات جماعية ساعدتها على وضع حدود مع الآخرين " انا لا دع الآخرين يتعدون حدودهم معي ، وهذا أمر جيد ".

أثناء الجلسة الأخيرة ، أتيحت الفرصة لماري للتأمل فيما حققته من تقدم منذ بداية مشاركتها في التدريب السلوكي المعرفي على المهارات الاجتماعية. كتبت ماري قصاصة ورقية عن خبرتها في المجموعة ، وتبادلها مع أفراد المجموعة. ذكرت ماري بعض التغيرات الهامة ، والتي لم تشتمل على " شخصية الأشياء " ، " ولوم نفسها على أشياء معينة ، وضع حدود مع أسرتها ، والشعور بالثقة في وضع حاجتها قبل حاجات الآخرين. اعترفت ماري أن هذه التغيرات كانت مخفية في ا٩الأول ، ولكنها تعلمت أن العمل من أجل نفسها ليس عملا أنانيا ".

المراجع

Arns , P. , Rogers , E.S. , Cook , J. et al . (2001) The IAPSRS Toolkit: Development, utility, and relation to other performance measurement systems . Psychiatric Rehabilitation Journal . 25 (1) . 43 – 52 .\

Avery , R. , Startup , M. and Calabria , K. (2009) The role of effort, cognitive expectancy appraisals and coping style in the maintenance of the negative symptoms of schizophrenia . Psychiatry Research , 167 , 36 – 46 .

Bandura, A. (1986) Social Foundations of Thoughts and Action: A Social Cognitive Theory . New Jersey : Prentice Hall .

Bandura, A. (1997) Self-Efficacy: The Exercise of Control . New York: W.H. Freeman.

Barch , D.M. and Dowd , E. C. (2010) Goal representations and motivational drive in schizophrenia: The role of prefrontal-striatal interactions . Schizophrenia Bulletin , 36 , 919 – 934 .

Beck , A.T. and Rector , N.A. (2000) Cognitive therapy of schizophrenia: A new therapy for the new millennium . American Journal of Psychotherapy , 54 , 291– 300.

Beck , A.T. and Steer , R.A. (1990) Manual for the Beck Anxiety Inventory . San Antonio, TX : Psychological Corporation .

Beck , A.T. , Steer , R.A. and Brown , G.K. (1996) BDI–II , Beck Depression Inventory: Manual , 2nd edn. Boston : Harcourt Brace .

Bellack , A.S. and Mueser , K.T. (1993) Psychosocial treatment for schizophrenia .Schizophrenia Bulletin , 19 , 317 – 336 .

Bellack A.S. , Mueser , K. , Gingerich , S. et al . (2004) Social Skills Training for Schizophrenia: A Step-by-step Guide , 2nd edn. New York: Guilford Press.

Bowie , C.R. , Reichenberg , A. , Patterson , T.L. et al . (2006) Determinants of realworld functional performance in schizophrenia subjects: Correlations with cognition, functional capacity, and symptoms . American Journal of Psychiatry , 163 , 418 – 425 .

Cook , J.A. , Lefley , H.P. , Pickett , S.A. et al . (1994) Age and family burden among parents of offspring with severe mental illness . American Journal of Orthopsychiatry , 64 , 435 – 447 .

Department of Veterans Affairs (2002) Practice Matters: Effective Treatment for Schizophrenia . Washington, DC : Department of Veterans Affairs, Health Services Research and Development Service .

Friedman , J.I. , Harvey , P.D. , Coleman , T. et al . (2001) Six-year follow-up study of cognitive and functional status across the lifespan in schizophrenia: A comparison with Alzheimer's disease and normal aging . American Journal of Psychiatry , 158 , 1441 – 1448 .

Granholm , E. , Ben-Zeev , D. and Link , P.C. (2009) Social disinterest attitudes and group cognitive-behavioral social skills training for functional disability in schizophrenia . Schizophenia Bulletin , 35 , 874 – 883 .

Granholm . E. , McQuaid , J.R. , Link , P.C. et al . (2008) Neuropsychological predictors of functional outcome in Cognitive Behavioral Social Skills Training for older people with schizophrenia . Schizophrenia Research , 100 , 133 – 143 .

Granholm , E. , McQuaid , J.R. , McClure , F.S. et al . (2002) A randomized controlled pilot study of cognitive behavioral social skills training for older patients with schizophrenia . Schizophrenia Research , 53 , 167 – 169 .

Granholm, E. , McQuaid , J.R. , McClure , F.S. et al . (2005) A randomized controlled trial of cognitive behavioral social skills training for middle-aged and older outpatients with chronic schizophrenia . American Journal of Psychiatry , 162 , 520– 529.
Granholm , E. , McQuaid , J.R. , McClure , F.S. et al . (2007) Randomized controlled trial of cognitive behavioral social skills training for older people with schizophrenia: 12-month follow-up . Journal of Clinical Psychiatry , 68 , 730 – 737 .
Grant , P.M. and Beck , A.T. (2009) Defeatist beliefs as a mediator of cognitive impairment, negative symptoms, and functioning in schizophrenia . Schizophrenia Bulletin , 35 , 798 – 806 .
Green , M.F. (1996) What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? American Journal of Psychiatry , 153 , 321 – 330 .
Green , M.F. , Kern , R.S. , Braff , D.L. et al . (2000) Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: Are we measuring the 'right stuff '? Schizophrenia Bulletin , 26 , 119 – 136 .
Green , M.F. , Kern , R.S. and Heaton , R.K. (2004) Longitudinal studies of cognition and functional outcome in schizophrenia: Implications for MATRICS . Schizophrenia Research , 72 , 41 – 51 .
Gumley , A. , O'Grady , M. , McNay , L. et al . (2003) Early intervention for relapse in schizophrenia: Results of a 12-month randomized controlled trial of cognitive behavioural therapy . Psychological Medicine , 33 , 419 – 431 .
Guo , X. , Zhai , J. , Liu , Z. et al . (2010) Effect of antipsychotic medication alone vs combined with psychosocial intervention on outcomes of early-stage schizophrenia: A randomized, 1-year study . Archives of General Psychiatry , 67 , 895– 904.
Haddock , G. , McCarron , J. , Tarrier , N. et al . (1999) Scales to measure dimensions of hallucinations and delusions: the psychotic rating scales (PSYRATS) . Psychological Medicine , 29 , 879 – 889 .
Horan, W.P. , Rassovsky , Y. , Kern , R.S. et al . (2010) Further support for the role of dysfunctional attitudes in models of real-world functioning in schizophrenia . Journal of Psychiatric Research , 44 , 499 – 505 .
Kahn , R.S. , Fleischhacker , W.W. , Boter , H. et al . (2008) Effectiveness of antipsychotic drugs in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder: An open randomised clinical trial . Lancet , 371 , 1085 – 1097 .
Kingsep , P. , Nathan , P. and Castle , D. (2003) Cognitive behavioural group treatment for social anxiety in schizophrenia . Schizophrenia Research , 63 , 121 – 129.
Knapp , M. and Kavanagh , S. (1997) Economic outcomes and costs in the treatment of schizophrenia . Clinical Therapeutics , 19 , 128 – 138 .

Kurtz , M.M. , Moberg , P.J. , Ragland , J.D. et al . (2005) Symptoms versus neurocognitive test performance as predictors of psychosocial status in schizophrenia: A 1- and 4-year prospective study . Schizophrenia Bulletin , 31 , 167 - 174 .
Kurtz , M.M. and Mueser , K.T. (2008) A meta-analysis of controlled research on social skills training for schizophrenia . Journal of Consulting and Clinical Psychology , 76 , 491 – 504 .
Kurzban , S. , Davis , L. and Brekke , J.S. (2010) Vocational, social, and cognitive rehabilitation for individuals diagnosed with schizophrenia: A review of recent research and trends . Current Psychiatry Reports , 12 , 345 – 355 .

McEvoy , J.P. , Lieberman, J.A. , Perkins, D.O. et al . (2007) Efficacy and tolerability of olanzapine, quetiapine, and risperidone in the treatment of early psychosis: A randomized, double-blind 52-week comparison . American Journal of Psychiatry , 164 , 1050 – 1060 .
Milev , P. , Ho , B.C. , Arndt, S. et al . (2005) Predictive values of neurocognition and negative symptoms on functional outcome in schizophrenia: A longitudinal first-episode study with 7-year follow-up . American Journal of Psychiatry , 162 , 495 – 506 .
Pratt , S.I. , Van Citters , A.D. , Mueser , K.T. et al . (2008) Psychosocial rehabilitation on older adults with serious mental illness: A review of the research literature and recommendations for development of rehabilitative approaches . American Journal of Psychiatric Rehabilitation , 11 , 7 – 40 .
Rector , N.A. and Beck , A.T. (2001) Cognitive behavioral therapy for schizophrenia: An empirical review . Journal of Nervous Mental Disorders , 189 , 278– 287.
Rector , N.A. , Beck , A.T. and Stolar , N. (2005) The negative symptoms of schizophrenia: A cognitive perspective . Canadian Journal of Psychiatry , 50 , 247 – 257 .
Robinson , D.G. , Woerner , M.G. , McMeniman , M. et al . (2004) Symptomatic and functional recovery from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder . American Journal of Psychiatry , 161 , 473 – 479 .
Twamley , E.W. , Doshi , R.R. , Nayak , G.V. et al . (2002) Generalized cognitive impairments, ability to perform everyday tasks, and level of independence in community living situations of older patients with psychosis . American Journal of Psychiatry , 159 , 2013 – 2020 .
Wallace , C.J. , Liberman , R.P. , Tauber , R. et al . (2000) The independent living skills survey: A comprehensive measure of the community functioning of severely and persistently mentally 111 individuals . Schizophrenia Research , 26 , 631 – 658 .
Wallace , K. and Wheeler , J. (2002) Reliability generalization of the life satisfaction index. Educational and Psychological Measurement , 62 , 674 – 684 .
Wiersma , D. , Wanderling , J. , Dragomirecka , E. et al . (2000) Social disability in schizophrenia: its development and prediction over 15 years in incidence cohorts in six European centres . Psychological Medicine , 30 , 1155 – 1167 .
Wigfield , A. and Eccles , J. S. (2000) Expectancy-value theory of achievement motivation . Contemporary Educational Psychology , 25 , 68 – 81 .
Wykes , T. , Parr , A.M. and Landau , S. (1999) Group treatment of auditory hallucinations. Exploratory study of effectiveness . British Journal of Psychiatry , 175 , 180 – 185 .
Wykes, T. , Steel , C. , Everitt, B. et al . (2008) Cognitive behavior therapy for schizophrenia: Effect sizes, clinical models, and methodological rigor . Schizophrenia Bulletin , 34 , 523 – 537 .

الفصل العاشر

العلاج النفسي الوجيز بالتقبل والالتزام للعلاج الحاد للمرضى الذهانيين المودعين في المستشفى

استعراض العلاج بالتقبل والالتزام للذهان

Overview of ACT for Psychosis

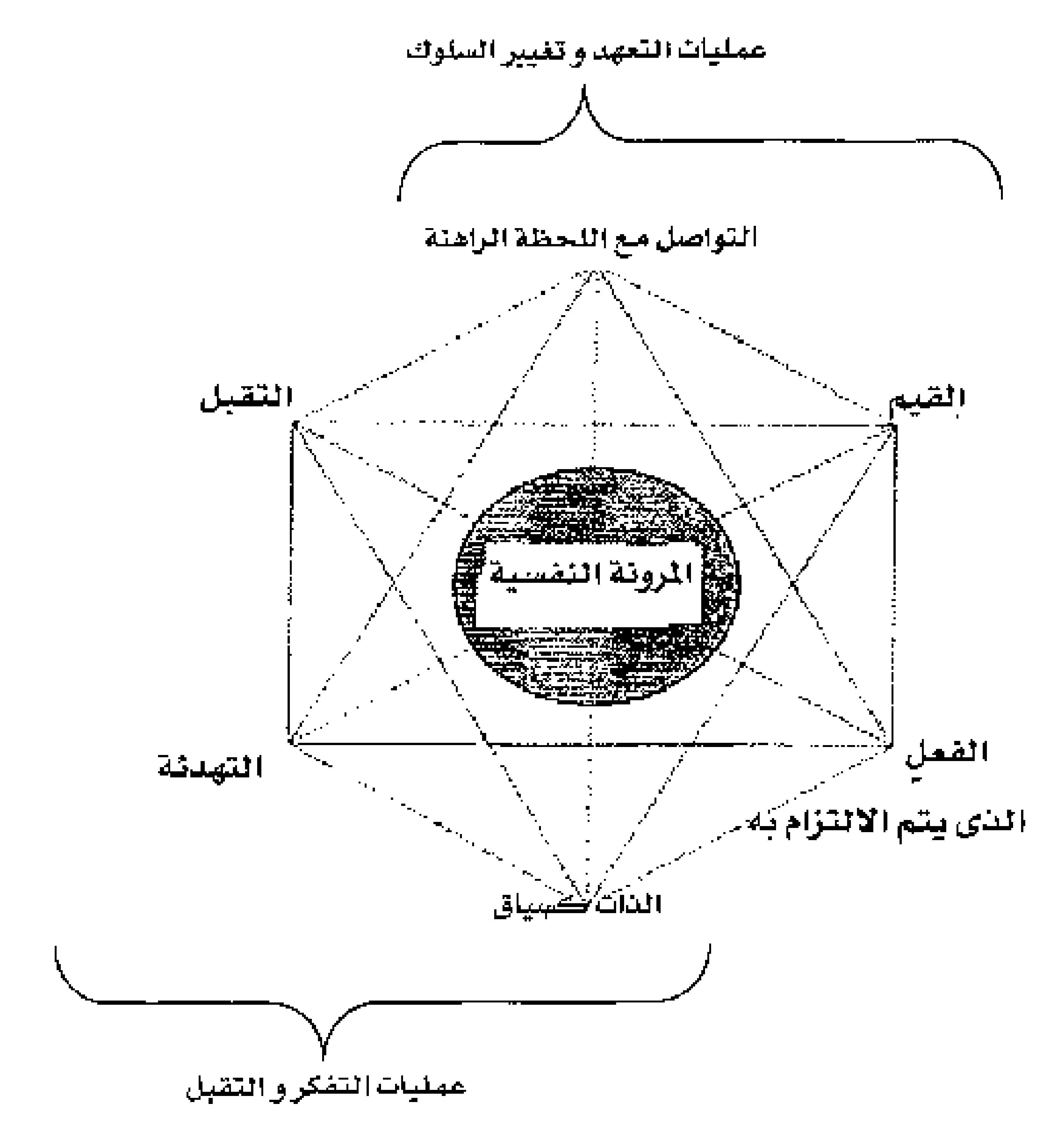
خلال العقدين الماضيين ، أظهرت العديد من التجارب الإكلينيكية فعالية العلاج السلوكي المعرفي للذهان عند دمجه مع العلاج الدوائي التقليدي (Gaudino, 2006, Rathod et al., 2010). الآن ، يدل العلاج السلوكي المعرفي على أسرة غير مترابطة من التدخلات المماثلة التي تشترك في مبادئ وإجراءات معينة(Gaudiano). ففي العلاج السلوكي المعرفي التقليدي للذهان ، يتم تقديم الاستراتيجيات المعرفية (مثل : الحوار السقراطي ، و إعادة البناء المعرفي) للأوهام المستهدفة ، والمعتقدات المختلة وظيفيا المرتبطة بالهلوسات ، بينما يتم استخدام التدخلات السلوكية (مثل : حل المشكلات ، وضع الأهداف ، جداول الأحداث السارة) كتجارب لتقديم المعلومات التي تصوب المعتقدات المختلة وظيفيا عن الخبرات الذهانية ، وتعمل في عكس الأعراض السالبة من قلة التلذذ (Kington & Turkington, 2005). ومع ذلك ، وصف تاي & وتيركينجتون Tai & Turkington (2009) كيف برز العلاج السلوكي المعرفي التقليدي للذهان على مدار السنين. فقد ذكر أنه على الرغم من أن المداخل السابقة قد ركزت على تحديد وإعادة تقييم أنماط التفكير المشوشة المرتبطة بالذهان ، إلا أن مداخل العلاج السلوكي المعرفي الحديثة تستكشف - بشكل متزايد طرقا لاستخدام استراتيجيات التقبل مقابل التغيير لمساعدة المرضى على مجابهة الأعراض. ويعد العلاج بالتقبل و الالتزام أحد نماذج مدخل العلاج السلوكي المعرفي الحديث ، والذي يستخدم الوعي والتقبل بدلا من استراتيجيات التغيرات المعرفية المباشرة (Hayes et al., 1999). ولقد تم تطبيق العلاج بالتقبل والالتزام بنجاح على عدد من المشكلات الإكلينيكية وغير الإكلينيكية (Hoyes et al., 2006) ، وتظهر التحليلات البعدية الحديثة للتجارب الإكلينيكية أن العلاج بالتقبل والالتزام مفيد في العديد من الاضطرابات ، وأن حجم التأثير يفوق حجم تأثير العلاج السلوكي المعرفي التقليدي (Hayes et al., 2008, Ost, 2008, leven & Hayes,

(2008, Power et al, 2009) أولا ، نقدم عرضا موجزا عن العلاج بالتقبل و الالتزام ، ثم بعد ذلك نعرض لمناقشة تتعلق بالبحوث التي طبقته على الذهان.

ما هو العلاج بالتقبل و الالتزام ؟ What is ACT

ليس مجالنا هنا في هذا الفصل أن نقدم وصفا تفصيليا لنظرية وأسلوب العلاج بالتقبل والالتزام ، حيث لا يتسع المجال لذلك ، ومن ثم فإننا سنعرض لهذا المدخل بشيء من الإيجاز ، وسوف تحيل القراء إلى كتب أخرى تقدم وصفا تفصيليا عن هذا المدخل (Hayes et al., 1999, Hayes & Strosahl, 2004). إن العلاج بالتقبل والالتزام له جذوره في فلسفة السلوكية الراديكالية ، ويفترض تفسيرا تحليلا سلوكيا جديدا للغة والمعرفي (Hayes et al., 2001). تجدر الإشارة إلى أن العلاج بالتقبل والالتزام يدمج استراتيجيات التقبل والوعي مع الجهود الصريحة لتغيير السلوك من أجل تحسين المرونة النفسية ، والتي تعرف بأنها " القدرة على التواصل في اللحظة الراهنة بشكل جيد كإنسان ، والقدرة عل التغيير أو الثبات ، ومن ثم فإن ذلك يخدم الأهداف ذات القيمة " (Hayes et al., 2004) ، ويذكر من الناحية النظرية أن الأداء النفسي الصحي يرتبط بقدرة الفرد على الاستجابة التكيفية للبيئة دائمة التغيير. وعكس ذلك هي عدم المرونة النفسية Psychological Inflexibility ، أو الصدمة النفسية ، والتي يفترض أنها تمثل الأساس لمعظم – إذ لم يكن الكل – الأمراض النفسية. ففي العلاج بالتقبل والالتزام ، يتم فهم الصرامة النفسية على أنها نتاج عمليات الانصهار المعرفي ، والتجنب التجريبي. ويعرف الانصهار المعرفي cognitive Fusion بأنه " ميل بنو البشر إلى العيش في عالم يقوم بناؤه بشكل كبير على اللغة الحرفية " (Strosahl et al., 2004). عندما ينصهر الشخص بالمعارف ، فإنه يعالج الأفكار على أنها أوصاف حرفية للحقيقة. على سبيل المثال ، عندما ينصهر الشخص بفكرة (أنا غبي) ، فإنه يمر بخبرة التفكير الحرفي (أنا = غبي). هذا الانصهار المعرفي يسمح لمحتوى التفكير بأن يسيطر على الاستجابات والاختيارات السلوكية للفرد (لا أستطيع أن أكون علاقة ناجحة لأنني غبي) كما أن الانصهار

المعرفي يشجع التجنب الخبراتي Experiential Avoidance ، والذي يعرف بأنه " محاولة للهروب أو تجنب شكل ، أو تكرار ، أو الحساسة الموقفية لأحداث خاصة ، حتى وإن كانت محاولة القيام بذلك تسبب ضرر نفسي (Hayes et al., 2004). عندما ينخرط الشخص في التجنب الخبراتي ، فإنه يحاول أن يتجنب أو يكبت المواد الخاصة غير المرغوب فيها مثل الأفكار ، الذكريات ، الانفعالات والأحاسيس الجسدية ، كما لو كانت مؤذية وراثيا ، على الرغم من أن القيام بذلك قد يؤدي إلى جعل هذه المشكلات تسوء على المدى البعيد. إن العلاج بالتقبل و الالتزام يستهدف ست عمليات : تعزز المرونة النفسية ، وهي : 1) التقبل أو الرغبة في المرور بالخبرات الداخلية المؤلمة ، 2) التهدئة المعرفية ، بحيث إن المحتوى الحرفي للتفكير غير المفيد ينفصل عن الاختيارات السلوكية ، 3) الوعي بالأحداث العقلية المستمرة أثناء حدوثها في اللحظة الراهنة ، 4) الشعور الدائم بالذات ، والذي ينفصل عن محتواه التقييمي أو الوصفي ، 5) القيم التي وصفها الشخص وعرفها ، والتي تعمل كموجهات للسلوكيات والأهداف ذات المعنى ، 6) الأفعال التي يقوم بها الفرد ، والتي تتناغم مع القيم المختارة (انظر الشكل 10.1).



الشكل (10.1) العمليات الست الرئيسية للعلاج بالتقبل و الالتزام وعلاقتها بالمرونة النفسية (Hayes et al., 2006).

يستخدم العلاج بالتقبل و الالتزام العديد من الأساليب والاستراتيجيات لتحقيق هذه الأهداف ، وقد تم استعادة العديد من هذه الأساليب والاستراتيجيات من المداخل الأخرى للعلاج النفسي (مثل : المدخل الإنساني ، والجشطلت) (Hayes et al., 1999). تحديدا ، فإن العلاج بالتقبل والتعهد يتيح الفرصة لاستخدام المجازات ، والقصص والعبارات المتناقضة والتدريبات الخبراتية بالإضافة إلى الأساليب السلوكية مثل التنشيط السلوكي ، والتعرض. يتم التأكيد على المكونات الخبراتية الإستراتيجية التدخل بحيث يمكن للمرضى المرور بخبرة العمليات المتعددة للعلاج

بالتقبل و الالتزام في الحياة. من الممكن النظر إلى العلاج بالتقبل و الالتزام على أنه أكثر انتقائية عن مستوى الأسلوب من العلاج السلوكي المعرفي التقليدي ، على الرغم من أن العلاج بالتقبل و الالتزام ترجع جذوره النظرية إلى شكل السلوكية. كما أن الهدف من استراتيجيات العلاج بالتقبل و الالتزام يتمثل في تحسين المرونة النفسية من خلال تعزيز تقبل الحالات الداخلية للتوتر والانصهار المعرفي من العمليات الإشكالية التي تقوم على اللغة.

كيف يختلف العلاج بالتقبل و الالتزام عن العلاج السلوكي المعرفي التقليدي ؟

How does ACT differ from Traditional CBT ?

هناك أوجه اختلاف وتشابه بين العلاج بالتقبل و الالتزام والعلاج السلوكي المعرفي. يذكر فورمان ، وهيربرت Forman & Herbert (2009) أن كلا المدخلين يؤكدان على الحاضر والمستقبل أكثر منه على الماضي ، ويساعدان الناس على مجابهة التوتر والقلق ، وفهم المعارف على أنها يمكن ملاحظتها ، وأنها تتميز عن الذات ، وتعزيز الوعي المتزايد بالخبرات الداخلية ، ودمج الاستراتيجيات السلوكية مثل التنشيط السلوكي والتعرض ، واستخدام أعمال الواجبات المنزلية بين الجلسات ، والتأكيد على أهمية العلاقة التشاركية بين المعالج والعميل.

وبلغة الفروق التي ذكرها فورمان ، وهيربيرت (2009) ، فإن العلاج السلوكي المعرفي التقليدي يفترض أن الاضطرابات النفسية لها انما متميزة من التحيزات المعرفية (Beck, 2008). وعلى النقيض ، فإن العلاج بالتقبل و الالتزام يفترض أن المرض النفسي هو نتائج مشكلة كبيرة في المرونة النفسية والتي تنبع من المحاولات غير الفعالة للتحكم في الخبرات الداخلية أو تجنبها (Hayes et al., 2006). أما من حيث الأساليب ، فإن مدخل العلاج السلوكي المعرفي يؤكد على أهمية تحديد ، وتقييم وتعديل المعارف المشوشة لتصويب تحيزات تجهيز المعلومات باستخدام استراتيجيات مثل الحوار السقراطي ، التفكير العقلاني ، والتجارب السلوكية. أما

العلاج بالتقبل و الالتزام ، فيستخدم مدى واسع من الأساليب والاستراتيجيات (مثل المجازات ، تدريبات التوسط ، التدخلات المتناقضة) ، والتي يتم استخدامها لتعزيز العمليات الست الرئيسية للانصهار ، التقبل ، الوعي باللحظة الحالية ، الذات كسياق ، توضيح القيم ، والفعل المقترف. يرى العلاج بالتقبل و الالتزام تأكيد العلاج السلوكي المعرفي التقليدي على المعارف المختلة وظيفيا المستهدفة بشكل مباشر ، والمشوشة بشكل مفترض على أنه محدود في الفائدة وغير ضروري بشكل كبير. وعلى العكس ، فإن العلاج بالتقبل و الالتزام يعلم مهارات ما وراء معرفية ، تتميز باستراتيجيات أوسع للانصهار ، وتعزز الرغبة المتزايدة في المرور بخبرة المصادر الداخلية من القلق (مثل المعارف السالبة) من أجل تحقيق الأهداف ذات القيمة بالنسبة للفرد ؛ يفترض العلاج السلوكي المعرفي أن العلاج يفيد من خلال التغيير المباشر لتحيرات تجهيز المعلومات باستخدام الأساليب المعرفية ، ويؤدي إلى التحسين في الأعراض. وعلى العكس ، فإن العلاج بالتقبل و الالتزام يفترض أن استهداف الانصهار المعرفي المفرط وتجنب القلق الداخلي يحسن المرونة النفسية ، ويؤدي إلى تحسن علاجي. كما أن العلاج بالتقبل والتعهد يركز على المزيد من عمليات التفكير ، في حين يركز العلاج السلوكي المعرفي التقليدي على المزيد من المحتوى. على الرغم من أن العلاج السلوكي المعرفي يراعي العديد من النواتج العلاجية الموجبة ، إلا أن الصحة تعرف تقليديا بالتخفيف من الأعراض الخاصة بالمرض النفسي. وعلى النقيض ، فإن الهدف الرئيسي للعلاج بالتقبل و الالتزام هو أن يحيا الإنسان حياة ذات قيمة بغض النظر عن الأعراض.

البحوث المرتبطة بالعلاج بالتقبل و الالتزام للذهان

Research Related to ACT for psychosis

إن الدراسات عن استراتيجيات المجابهة لدى المرضى الذهانيين تدعم أخذ مكانة أو وضعية تقوم عل التقبل نحو أعراض الذهان. لاحظ روم ، واسكر Romme & Escher (1989) أن الأفراد الذين يمرون بخبرة الأصوات يستفيدون فيما يبدو من

الزيادة الطبيعية لتقبلهم للخبرات التي يمرون بها ، واستخدام استراتيجيات مجابهة تكيفية للتقليل من التأثيرات السالبة لهذه الأعراض أعلن فالون ، وتاليوت Falloon & Talbot (1981) أن المحاولات لكبت الهلوسات السمعية لم تكن فعالة لدى عينة من 40 مريضا لديهم شيزوفرنيا مزمنة. كما قام فارهول ، وجيهيرك & Farhall Gehrke (1997) بعقد مقابلات مع 81 مريضا من ذوي الهلوسات ، واعلن عن أن جهود مجابهة " المقاومة " قد كانت مؤشرا على التقليل الضعيف للقلق. كما أعلن اسكر وزملاؤه Escher & Colleagues (2003) أن المستويات العليا من من " دفاعات المجابهة " في الخط القاعدي كانت مؤشرا على النواتج السلبية لدى عينة من المراهقين الذين كانوا يسمعون الأصوات ، في حين تتبع تايت و زملاؤه Tait and Colleagues (2004) المرضى بعد حدث ذهاني حاد لمدة 6 أشهر ووجدوا أن أسلوب التعافي (الذي يتميز بتجنب الخبرة الذهانية) قد ارتبط بتاريخ الخبرات السالبة في الطفولة ، والمعتقدات السالبة الحالية للتقييم الذاتي ، والمشاركة الضعيفة في العلاج. في حين بحث شوير ورفاقه Shawyer et al (2007) في استراتيجيات المجابهة التي يستهدفها العلاج بالتقبل و الالتزام (التجنب الخبراتي مقابل التقبل). قام هؤلاء الباحثون بإعداد استبانة تسمى مقياس تقبل الأصوات والفعل لدى عينة الباحثون بإعداد استبانة تمسى مقياس تقبل الأصوات والفعل لدى عينة من 43 مريضا ذهانيا. أظهرت النتائج أن التقبل الأعظم للأصوات قد ارتبط بقلة الاكتئاب ، وعظم جودة الحياة ، وثقة أكبر في مقاومة الهلوسات الآمرة.

تقوم الآن العديد من البحوث باستكشاف الفوائد من تعليم المرضي بشكل صريح تبني استراتيجيات مجابهة واعية تقوم على التقبل من أجل التعامل مع الأعراض الذهانية. فالوعي يشير إلى جلب وعي غير أحكامي إلى الخبرات الحالية للفرد (Kabat – Zinn, 1994) ، مع ممارسات وسيطة ، هي الشائعة في تعزيز الوعي. أوضح شادويك ورفاقه Chadwick & Colleagues (2005, 2009) التقبل والفوائد المحتملة للتدخل الوسيط القائم على المجموعة للأفراد الذهانيين في دراستين. بالإضافة إلى ذلك ، أعد شادويك Chadwick (2006) مدخلا سلوكيا

معرفيا تقليديا ، يشتمل على مكونات التقبل والوعي ، أطلق عليه العلاج المعرفي الذي يرتكز حول العميل للذهان الذي يسبب القلق ، ودعمته دراسة أجراها داناهي ورفاقه Dannahy et al. (2011) . علاوة على ذلك ، قدم جونسون وزملاؤه Johnson & Collcagues (2009) دراسات حالة تبين نتائج واعدة لاستخدام نوع من معين من الممارسة يسمى توسط الحب – العطف لتحسين الأعراض السالبة المرتبطة بالشيزوفرنيا. ومع ذلك ، إلى الآن فإن العلاج بالتقبل والتعهد فقط يتم دراسته في التجارب الإكلينيكية مع المرضى المودعين في المستشفى ذوي الأمراض الذهانية الحادة.

لقد أجريت معظم البحوث من العلاج السلوكي المعرفي التقليدي للذهان على عينات من المرضى النفسيين خارج العيادات ، في حين لم تجرى سوى دراسات قليلة ، هي التي ركزت على العلاج السلوكي المعرفي للذهان لدى المرضى في المستشفيات ،والذين لديهم ذهان حاد (Gaudiano, 2005) ، على الرغم من أن الأدلة المتوفرة تدعم التدخلات المهيأة لهذه الفئة من الناس (Drury et al., 1946, Hall & Tarrier, 2003, Startup et al., 2004)، كما توضح البحوث أيضا أن العلاج بالتقبل و الالتزام يقدم تدخلا مفيد للمرضى الذهانيين المودعين في المستشفيات.

أجرى باتش & هايس Bach & Hyes (2002) أول تجربة عن العلاج بالتقبل و الالتزام في علاج الشيزوفرنيا ، وما يرتبط به من اضطرابات تتعلق بطيف الذهان. فقد تم تقسيم 80 مريضا لديهم الأعراض الذهانية – عشوائيا إلى العلاج كالعادة Treatment as usual أو العلاج كالعادة + أربع جلسات فردية للعلاج بالتقبل و الالتزام ، تبدأ أثناء الإيداع في المستشفى نتيجة الأمراض النفسية. تم تشجيع المرضى على تقبل الأحداث التي لا يمكن تجنبها ، والملاحظة البسيطة للأعراض الذهانية لديهم بدون التعامل معها على أنها خطأ أو صواب ، وتحديد والسعي نحو تحقيق الأهداف على الرغم من أي وجود لأي أعراض قد يمرون بها ، تم جميع التقديرات الذاتية للتكرار ، والقلق والاعتقاد بوجود الأعراض الذهانية في مرحلة ما قبل العلاج ، وفي مرحلة المتابعة بعد 4 أشهر ، مع البيانات من المستشفى والمأخوذة من السجلات الطبية. أظهرت مجموعة العلاج بالتقبل و الالتزام إعلانا

مرتفعا عن الأعراض النهانية ، ولكن معتقدات منخفضة ، عن هذه الأعراض مقارنة بمجموعة العلاج كالعادة فقط ، وقد تم تفسير ذلك على أنه يوحي بأن المرضى في العلاج بالتقبل و الالتزام قد تقبلوا أعراضهم النهانية ، ولذا كانت لديهم الرغبة في الإعلان عنها. لقد كانت معدلات إعادة الإيداع في المستشفى لدى مجموعة العلاج بالتقبل و الالتزام 20 ٪) اقل بشكل دال من المعدلات لدى مجموعة العلاج كالعادة فقد (40 ٪) في المتابعة. وفي دراسة متابعة لمدة عام ، تبين أيضا أن معدلات إعادة الإيداع في المستشفى كانت منخفضة لدى مجموعة العلاج بالتقبل و الالتزام (Bach et al., 2012)

أجرى جوادیانو ، وهيربيرت Guadiano & Herbert (2006) دراسة مماثلة عن العلاج بالتقبل و الالتزام للمرضى النفسيين ذوي الأعراض الذهانية النشطة. تم تقسيم المرضى (العدد = 40 مريضا) بشكل عشوائي إلى العلاج كالعادة المعزز Enhanced Treatment as usual ، ومجموعة العلاج كالعادة المعزز + العلاج بالتقبل و الالتزام . تباين عدد جلسات العلاج بالتقبل و الالتزام بناء على طول مدة البقاء في المستشفى (متوسط 3 أسابيع) ، وتم تقديم هذه الجلسات في مكان للعلاج النفسي الذي يقدم للمرضى في مجموعة العلاج كالعادة المعزز. تم أيضا تعزيز الرعاية داخل المستشفى من خلال تقديم معلومات عن التقييم للفريق المعالج والدعم غير الرسمي والفحوصات للمرضى. هذا التصميم ساعد على ضبط الخلط المحتمل للعلاج الإضافي في دراسة باتش & هايس (2002). اشارت النتائج إلى أن المرضى الذين تلقوا العلاج بالتقبل و الالتزام قد أظهروا تحسنا كبيرا في أعراض المزاج التي تم تقديرها في العيادة ، والاضطراب في الأداء الاجتماعي من خلال التقرير الذاتي وتغيرات دالة إكلينيكيا (أكثر من 2 انحرافا معياريا) في الحدة النفسية الإجمالية مقارنة بمجموعة العلاج كالعادة المعزز عند الخروج من المستشفى. أظهرت كلا المجموعتين تناقصا متشابها في تكرار وحدة الأعراض الذهانية بالخروج من المستشفى ، وفقا للتقرير الذاتي وتقديرات الطبيب ، ومع ذلك ، تحسنت مجموعة العلاج بالتقبل و الالتزام بشكل دال أكثر من المجموعة الأخرى في القلق المرتبط بالهلوسات. كما ان

مجموعة العلاج بالتقبل و الالتزام فقط أظهرت تناقصا دالا في الاعتقاد في الهلوسات مع الوقت. وبعد فترة متابعة قدرها 4 أشهر ، أظهرت مجموعة العلاج بالتقبل والتعهد (28 ٪) تناقضا متشابها في معدلات إعادة الإيداع في المستشفى مقارنة بمجموعة العلاج كالعادة المعزز (45 ٪).

تقدم نتائج هذه الدراسات تأييدا مبدئيا للميكانيزمات النظرية للفعل الخاص بالعلاج بالتقبل و الالتزام للذهان. أظهرت تحليلات المتابعة ان تأثير حالة المعالجة القلق الناتج عن الهلوسات قد توسطه الاعتقاد في الهلوسات (Gaudiano et al, 2010). هذه النتيجة تتفق مع النموذج القائل بأن العلاج بالتقبل والتعهد قد أنتج تغيرات كبيرة في القلق الناتج عن الهلوسات من خلال تقليل الاعتقاد في الهلوسات مقارنة بمجموعة العلاج كالعادة فقط. ولقد تم تعريف الاعتقاد في الهلوسات إجرائيا بأنه قياس المرونة النفسية والانصهار المعرفي في الدراسة. علاوة على ذلك ، فإن التحليل الذي أجرى على البيانات التي تم دمجها من دراسة جوادينو ، وهيربيرت (2006) ، ودراسة باتشي ، وهايس (2002) يظهر ان التناقض في الاعتقاد في الأعراض الذهانية قد توسط أيضا تأثير المعالجة في معدلات إعادة الإيداع في المستشفى (Bach et al., In Press). ومع ذلك ، هناك حاجة لمزيد من البحوث على عينات أكبر.

التضمينات الإكلينيكية Clinical Implications

هناك عدد من التضمينات التي يمكن اشتقاقها من التجربتين الإكلينيكيتين للعلاج بالتقبل و الالتزام للذهان (Bach & Hayes, 2002, Gaudiano & Herbart, 2006). أولا ، بينت الدراستان أن الإيداع في المستشفى قد يمثل فرصة فريدة لإشراك المرضى في استراتيجيات مجابهة جديدة للذهان. قد يصل المرضى إلى المستشفى بسبب أزمة ، وأن هناك فرصة إلى جلب الوعي إلى الطرق التي يجابهون بها الخبرات الذهانية التي قد تكون معاكسة أو غير معاكسة أو غير مفيدة (مثلا ؛ المحاولات المفرطة في الضبط أو الكبت). علاوة على ذلك ، فإن العلاج بالتقبل و الالتزام يقدم استراتيجيات فريدة لمشاركة المرضى الذين يعانون من الذهان الحاد. في

حين أن العلاج السلوكي المعرفي التقليدي للذهان يركز على الحاجة إلى فترة أكبر لإقامة علاقة ودودة قبل إقرار الاستراتيجيات التي تستهدف الأعراض الذهانية (Kington & Tarkington, 2005). كما أن دراسات العلاج بالتقبل و الالتزام للذهان تظهر أن العمل لا يمكن أن يبدأ في الأعراض الذهانية النشطة أثناء الجلسة الأولى من خلال التأكيد على التقبل والوعي مقابل تغيير هذه التوقعات. في الولايات المتحدة على وجه الخصوص ، فإن طول الفترة الزمنية في المستشفى للعلاج النفسي قصيرة ، أقل من أسبوع في الغالب (Mechanic et al, 1998) ، وقد أظهرت دراسات العلاج بالتقبل و الالتزام أن هذا المدخل يمكن أن يهيأ لفترات الإقامة القصيرة في المستشفى. علاوة على ذلك ، فإن دراسة جواديانو ، وهيربيرت (2006) قد طبقت العلاج بالتقبل و الالتزام لكي يتم استخدامه لينوع طول فترات الإقامة ، كما تم تصميم كل جلسة كتدخل يشتمل على كل العناصر الرئيسية للعلاج بالتقبل و الالتزام . تم تدوير موضوعات مختلفة عبر الجلسات ، ولكن المرضى استطاعوا استكمال أكبر قدر ممكن من الجلسات على حسب ما تسمح لهم به الإقامة ، مما جعل تقديم العلاج عمليا ومستجيبا لواقع الممارسة الروتينية في هذه الأماكن. كما أظهرت بحوث العلاج بالتقبل و الالتزام للذهان أن هذا المدخل يمكن تطبيقه على المرضى ذوي التشخيصات المختلفة بدون الحاجة إلى تغيير السمات الرئيسية للعلاج. اشتملت دراسة العلاج بالتقبل و الالتزام على مرضى لديهم – وفقا للتشخيص – اضطرابات ذهانية في بدايتها مثل الاكتئاب الذهاني. أما معيار التضمين في الدراسة فقد كان وجود الأعراض الذهانية النشطة. وأخيرا ، أظهرت نتائج هذه الدراسات أن المرضى يمكنهم الاستفادة من التدخلات التي تركز على أهداف العلاج بدلا من تقليل الأعراض كهدف رئيسي. من الممكن للتدخلات النفس – الاجتماعية أن تستهدف النتائج التي لم يتم مخاطبتها بواسطة العلاج الدوائي مثل جودة الحياة ، الأداء الوظيفي المهني والأداء الاجتماعي ، تقدير الذات ، وتحقيق الأهداف الشخصية. على سبيل المثال ، أدى العلاج الموجز القائم على العلاج بالتقبل و الالتزام – إلى تقليل إعادة الإيداع في المستشفى ، وأوضحت دراسة جواديانو ، وهيربيرت (2006) انه قد قلل من الاضطراب المرتبط بالمرض. بإيجاز ، تظهر بحوث العلاج بالتقبل و الالتزام للذهان أن التدخلات

ذات القوة المنخفضة نسبيا التي تقدم للمريض أثناء المرحلة الحادة من المرض في المستشفى يمكن أن تنتج نتائج قصيرة المدى وطويلة المدى مقارنة بالرعاية الروتينية.

بروتوكول العلاج القائم على العلاج بالتقبل و الالتزام للذهان
ACT for Psychosis Treatment protocol

كما ذكرنا ، فإن البروتوكول العلاجي المستخدم في دراسة جاوديانو وهيربيرت (2006) قد سمح للمرضى بالمشاركة في العلاج المستخدم وفقا لطول بقائهم في المستشفى. وفي جلسات العلاج بالتقبل و الالتزام التي تحمل شعار " قف وحدك " ، تم تقديم النموذج الأساسي للعلاج بالتقبل والتعهد ، التدخلات لتعزيز التقبل والموقف العقلي الواعي نحو الأحداث الخاصة عموما وفي الهلوسات والأوهام على وجه الخصوص ، بالإضافة إلى العمل الذي يوضح القيم والأهداف. اشتملت على جلسة (والتي كان مدتها ساعة) على مجموعة رئيسية من المكونات ، والعديد من الموضوعات ، وتم تدويرها خلا الجلسات اللاحقة. على سبيل المثال ، فيما يتعلق بتقديم الأساس المنطقي للعلاج لا التقبل و الالتزام ، ركزت الجلسة الأولى على دراسة المحاولات الماضية غير الناجحة لمجابهة الأغراض ، وقدمت مفاهيم التقبل والإرادة كبدائل للإستراتيجيات الموجهة بالضبط. أما الجلسات اللاحقة ، فقد وسعت من العمل الذي تم في الجلسات السابقة ، وقدمت مفاهيم جديدة تتناغم مع الأساس المنطقي للعلاج بالتقبل و الالتزام مثل العمل كدليل للمجابهة ، ومفهوم ذات الملاحظ الذي يتميز عن الخبرات الخاصة الانتقالية للشخص. تم تصميم كل جلسة بحيث يحدد الشخص محتواها بنفسه ، حتى يمكن للمرضى المشاركة في العلاج حسب الفترة الزمنية التي يقضونها في المستشفى. جدول (10.1) يلخص بعض الجلسات.

جدول 10.1 ملخص العلاج بالتقبل والالتزام للمرضى الذهانيين المودعين في المستشفى

1- جلسة (أ)

A- قدم الأساس المنطقي الطبيعي للأعراض الذهانية (5 دقائق).

B- نموذج العلاج بالتقبل والتعهد (10 دقائق)

1. استكشف المجابهة التي تقوم على التجنب والتقبل كبديل.

2. صف مجاز الآلة الناسخة (ص 123 – 124).

C- تدريب التقبل / الوعي (15 دقيقة)

1. اعرض الوعي على أنه وعي غير أحكامي بالخبرة الآنية.

2. قم بممارسة الأوراق على مجرى التفكير(ص159 –161).

D- توضيح الأهداف / القيم (15 دقيقة)

1. وضح المجالات التي لها قيمة (مثلا الأسرة ، العلاقات ، العمل ، الصحة ، .. إلخ).

2. وصف مجاز التزحلق.

E- راجع رسائل الجلسة " خذها إلى البيت "

F- تخصيص الواجب المنزلي (5- 10 دقائق).

1. قم بممارسة تدريبات التفكير الموجزة (10 دقائق مرتين يوميا).

2. استكمل هدف يتناغم مع القيم ، يمكن تحقيقه على الفور.

2- جلسة (ب)

A- راجع الواجب المنزلي.

B- ناقش متصل الخبرات الذهانية والطبيعية.

C- نموذج العلاج بالتقبل والالتزام

1. قدم مفهوم العمل كدليل على اختيار استراتيجيات المجابهة.

2. صف مجاز الحرب مع الوحش (ص 109).

D- تدريب التقبل / الوعي

1. قدم خدعة الأحداث الخاصة غير المرغوب فيها كبديل للتجنب.
2. نفذ المحتويات على تمرين البطاقات.

E- توضيح الأهداف / القيم

1. عزز الالتزام بالأهداف التي تم إعطاؤها قيمة.
2. صف مجاز الزراعة (ص 220)

F- راجع رسائل " خذ إلى البيت " من الجلسة.

G- حدد الواجب المنزلي.

1. اختار أن تحمل بطاقة مفهرسة بها أفكار محزنة / أو صوت محزن مكتوب عليها – لتكون معك طول اليوم.
2. املأ هدفا يتناغم مع القيم.

3- الجلسة (ج)

A- راجع الواجب المنزلي.

B- صف كيف أن الأحداث الحياتية تؤثر على الأعراض.

C- نموذج العلاج ، بالتقبل والتعهد.

1. ناقش كيف يستجيب المرضى للخبرات غير المرغوب فيها ونواتجها.
2. اعرض تدريب القلق " النظيف " مقابل " غير النظيف "(ص 147).

D- تدريب التقبل / الوعي

1. استكشف كيف يمكن للفرد اختيار البقاء متناغما مع الأهداف على الرغم مما يقوله " العقل ".
2. نفذ تدريب " لا أستطيع عمل ذلك " (ص 162).

E- توضيح القيم / الأهداف.

1. صف كيف أن الإخفاقات والتحديات جزء طبيعي من السير في طريق الحياة التي لها قيمة.
2. صف مجاز الطريق إلى أعلى الجبل (ص 222).

F- راجع رسائل " خذها إلى البيت " من الجلسة.

G- حدد الواجب المنزلي.

1. استكمل هدفها يتناغم مع القيم.

2. لاحظ ما يقوله العقل أثناء استكمال الأهداف ذات القيمة.

4- الجلسة (د)

A- راجع الواجب المنزلي

B- ناقش الالتزام بالعلاج وكيف يرتبط بالأهداف ذات القيمة.

C- نموذج العلاج بالتقبل والتعهد

1. ساعد الشخص على توصيل شعور ثابت عن الذات منفصل عن الأحداث العقلية العابرة.

2. صف مجاز طاولة الشطرنج (ص 190 – 192).

D- تدريب التقبل / الوعي

1. ناقش عن كيف تحديد التجنب واختيار التقبل بدلا منه

2. قم بممارسة العمليات الحسابية لفعل الخوف (ص 245 – 246).

E- توضيح القيم / الأهداف

1. ناقش الرغبة في خدمة تحقيق الأهداف ذات القيمة.

2. صف مجاز المستنقع (ص 248)

F- راجع رسائل " خذها إلى البيت " من الجلسة

G- حدد الواجب المنزلي

1. استخدم بطاقات العمليات الحسابية لفعل الخوف.

2. استكمل هدفا يتناغم مع القيم.

ملحوظة : أرقام الصفحات يشير إلى كتاب هايس ورفاقه 1999

ملخصات الجلسات Session Summaries

تبدأ كل جلسة بمناقشة نفسية – تربوية موجزة ، وهذا يعمل على مساعدة المعالج في البدء في عملية تحقيق علاقة الألفة بطريقة ودودة. ففي الجلسة الأولى ، يناقش المعالج مع المريض هلوساته وأوهامه ، ويقدم أساسا منطقيا طبيعيا ، كما يعرض المعالج خبرات ذهانية على أنها ردود أفعال مفهومة للعديد من مواقف الحياة وضغوطها ، ويتحدث أيضا عن مواقف أخرى ، يمكن فيها إنتاج معتقدات عادية أو خبرات حسية محيرة (مثلا الحرمان من النوم).

بعد ذلك ، يتم تقديم نموذج العلاج بالتقبل والالتزام. وكما أوضحنا ، فإن كل جلسة تركز على موضوع مختلف بتناغم مع العلاج بالتقبل والتعهد. ففي الجلسة الأولى يتحول المعالج إلى مناقشة الطرق التي حاول بها المريض مجابهة الأعراض الذهانية في الماضي ، كما يتم استكشاف المحاولات غير المفيدة لتجنب أو الصعوبة التي يجدها المريض مع هذه الأعراض. ويوضح المعالج هذه المحاولات التي قام بها المريض لتجنب الأعراض أو الصعوبات التي لاقاها مع هذه الأعراض ، والتي تسبب – بشكل متناقض – مزيدا في الضغوط والقلق والاضطراب. ممن الممكن بعد ذلك تقديم قصص مثل مجاز الآلة الناسخة لاستكشاف اللاعملية في الخبرات الداخلية المضبوطة. ففي هذا المجاز ، يصف المعالج مكشاف " القلق " الافتراضي ، والذي يشبه كشاف الكذب ، والذي يبدو أنه دقيق بنسبة 100٪ . ثم يقال للمريض أنه إذا ما استطاع أن يظل متحررا تماما من القلق أو العصبية لمدة 30 دقيقة أثناء تثبيته بهذه الآلة ، فسوف يفوز بجائزة (مليون دولارا). ومع ذلك إذا ما اكتشفت الآلة أي قلق ، فإنه سوف يمر بنتيجة سيئة (مثلا ، يوضع في السجن مدى الحياة). هذه القصة توضح أنه بغض النظر عن الدافعية لكبت الخبرات الداخلية غير المرغوب فيها ، فقد يكون من المستحيل النجاح في هذا الهدف. من الممكن إذا أن يربط المعالج بين هذه القصة والمناقشة السابقة عن خبرات المريض في محاولة مجابهة الأعراض الذهانية والنتائج المتعارضة التي تنتج عنها ثم بعد ذلك ، من الممكن إجراء العديد من التدريبات الخبراتية لمساعدة المريض على العمل في مفاهيم العلاج بالتقبل والتعهد في

اللحظة الآنية بمساعدة المعالج. على سبيل المثال ، من الممكن تقديم خبرة الوعي باستخدام العديد من ممارسات التفكير. وبالوعي ، يطلب من المريض ملاحظة ما يفعله العقل في اللحظة الراهنة بدون التحامل معه على أنه خطأ أو صواب ، وهذا ينطبق أيضا على أي عرض من الأعراض الذهانية التي قد تنشأ أثناء الجلسة ، حيث لا يحاول المعالج تحدي صحة هذه الخبرات مباشرة ، ولكن يحجم عن التآمر مع المريض ، ويعزز هذه الأعراض بدلا من ذلك ، فإنه يقوم بتشجيع الوعي اللا أحكامي والنمذجة. ففي الأوراق على مجرى التفكير ، يطلب من المريض تصور الأوراق وهي تتساقط على المجرى ، ويضع أي أفكار أو مشاعر تنشأ على هذه الأوراق ، ويشاهدها وهي تسير في المجرى بدون التحكم فيها. الهدف المعلن لهذا التدريب ليس إحداث الاسترخاء في حد ذاته ، ولكن تدريس الوعي اللا أحكامي للأحداث العقلية العابرة للفرد. ففي البداية ، يبذل المريض جهدا كبيرا ويجد صعوبة في إطلاق عنان الخبرات الداخلية عند محاولته وضعها على أوراقه العقلية ، ثم يقوم المعالج بموازاة هذه الخبرات مع المناقشة السابقة عن الكيفية التي حاول بها المريض مجابهة الأعراض الأخرى في الحياة اليومية. يؤكد المعالج أن الهدف من تدريب التفكير هو ليس إحداث أي نتيجة بعينها (مثلا ، أن يكون لدى الفرد أوراق قليلة) ، ولكن أداء التمرين في حد ذاته يعتبر نجاحا .

تعلن بعض التقارير عن أن تدريبات التفكير المركزة يتم عرضها بشكل خطأ لدى الأفراد الذين لديهم ذهان حاد ، لأنها ربما تعزز التركيز الداخلي غير المفيد عند الذين لديهم مشكلات في اختبار الحقيقة (Sethi & Bhargava, 2003). على الرغم من أن المرضى ذوي الذهان النشط – كما تشير البحوث الأخرى – يمكنهم الاستفادة من التفكير المركز نسبيا (Chadwick et al., 2005) ، إلا أن استخدام هذه التدريبات ينبغي أن يقوم على التقييم الإكلينيكي الدقيق لمريض بعينه. ففي الحالات التي يكون فيها الذهان لدى المريض نشاط ، ينبغي تكييف تدريبات التفكير بحيث لا تكون مركزة مثل ممارسة الأكل الواعي للزبيب(Kabat – Zinn, 1990). يتم ممارسة الأوراق على مجرى التفكير بشكل موجز فقط (كحد اقصى 10 دقائق) لهذا السبب ، أو يتم استبدال هذا التدريب بتدريب خبراتي آخر من العلاج بالتقبل

والتعهد. إن العلاج بالتقبل والالتزام يقدم طرقا أخرى لتعزيز الوعي لا تنطوي على ممارسة التفكير المركز. مثل تدريب " خذ عقلة إلى رحلة مشي " (Hayes et al., 1999, p.163). ففي هذا التدريب يسير المعالج خلف المريض، ويمثل كما لو كان " عقلة " يلاحظ ويعلق بصوت عالي أثناء ما يقوم المريض بالمشي وأداء أي نشاط آخر. يتم أيضا تقديم مفهوم القيم في الجلسة الأولى. حيث يستكشف المعالج القيم الممكنة التي تخص المريض (مثلا : الأسرة ، العلاقات الرومانسية ، العمل ، الصحة) ، ويتم وصف القيم على أنها أشياء تعطي لحياة الشخص معنى وهدف ، ثم بعد ذلك يتم تناول قيمة تخص المريض والحديث عنها تفصيليا لإنتاج رواية موسعة ، بحيث يمكن جعلها فردية للمريض. ثم يتم توضيح التباينات بين المجال الذي يضع له المريض قيمة ، وأفعاله اليومية ، وفي الغالب يتم ربط هذه التباينات مع الضغوط والقلق من جانب المريض. أما المعالج فيقترح أن التناغم مع القيم يؤدي إلى تحقيق حياة صحية. ثم بعد ذلك يتم الحديث عن ومناقشة الأهداف السلوكية ، ويتم إعداد خطة لتطبيقها بعد الجلسة ، من الممكن أن يعرض المعالج لقيم على أنها " بوصلة " حياة المريض ، والتي تساعده على تحديد الاتجاه الذي يسير فيه عندما لا يكون متيقنا. وعلى العكس ، فإن الأهداف تشبه مجموعة معينة من الاتجاهات تجبر الشخص كيف يذهب من النقطة (أ) إلى النقطة (ب). إن مجاز التزحلق عبارة عن قصة توضح مدى أهمية عملية العمل المستمر نحو القيم وكيف أنها ذات معنى في حد ذاتها بغض النظر عن النتيجة التي يتم الحصول عليها(Hayes et al., 1999).

إن لدى العديد من المرضى المودعين في المستشفى قصورا معرفيا لعدة أسباب مثلا الآثار الجانبية للتفكير ، الاضطرابات العقلية العضوية أو التوتر الانفعالي الحاد. لذا ، فإن المعالج يراجع رسائل " خذها معك إلى البيت " قبل الخلوص إلى استنتاج. ثم يطلب من المريض أن يستكمل الواجب المنزلي بين الجلسات. وفي الجلسة الأولى ، يتم تشجيع المريض على ممارسة تدريب التفكير الموجز ، ويقدم مرتين في اليوم ، مدة كل مرة 10 دقائق ، ومن الممكن تقديم سجل بتعليمات التفكير لتيسر ذلك. بالإضافة إلى ذلك ، يتم تشجيع المريض على استكمال سلوك واحد يتناغم مع القيم ، ثم الحديث

عنه أثناء الجلسة. هذا الفصل ينبغي أن يكون صغيرا بحيث يمكن تحقيقه بين الجلسات ، ويؤكد المعالج دائما على الثبات بين الفعل والقيمة المعلنة ، على أن هذا الثبات أو التناغم معهم. أيضا من الممكن تطبيق الوعي والتقبل على المعوقات المدركة حول إتمام الهدف. على الرغم من أن تقديم كل محتوى هذه الجلسة في ساعة قد يكون طموحا إلا أن الهدف بالنسبة للمعالج هو البدء ببساطة في تقديم هذه المفاهيم للمريض. ينبغي أن تتدفق المحادثة بشكل طبيعي ، من موضوع لآخر بسهولة. لا يقوم المعالج بالتركيز بإفراط على أي عملية من عمليات العلاج بالتقبل والالتزام ويحاول تدريب الشخص على أن يكون خبيرا فيها. بدلا من ذلك ، يظل المعالج مرنا ويكيف المحتوى حسب الطلب لضمان ارتباطه بالمريض وخبراته الحلية. يتم اختيار المجازات والتدريبات التي ترتبط بالمريض ويمكن استبدالها بأخرى من عمليات العلاج بالتقبل والالتزام. يأخذ المعالج القيادة من المريض ويشجعه على إعداد الروايات أو القصص والمجازات ذات الصلة به بناء على خبرته الشخصية. وفي النهاية ، فإن تركيز كل جلسة على مساعدة الشخص على الانخراط في استراتيجيات مجابهة أكثر مرونة ، ترتبط بالأعراض الذهانية لدى المرضى ، واستخدام ذلك كناقلة لتغيير السلوك.

أما الجلسات الأخرى ، فتتبع نفس الشكل ، ولكن تركز على الموضوعات ذات الصلة من أجل التعميق ، وتوسيع عمليات العلاج بالتقبل والتعهد التي يتم تغطيتها. ففي الجلسة الثانية ، يتم توضيح اختيار التقبل أو الرغبة في اختبار المشاعر غير المرغوب فيها — كبديل لتجنبها أو السير بها بشق الأنفس. من الممكن استخدام " الحرب مع الوحش " لتوضيح هذا المدخل البديل ، حيث يطلب المعالم من المريض أن يتخيل أنه في صراع حياة أو موت مع وحش فظيع. وأن ينزلق نحو الهاوية التي بينهما. يتم استكشاف خيار " إسقاط الحبل " وتطبيقه على الأعراض المسببة للمشكلة التي قد يمر بها المريض. أما في تدريب المحتويات في البطاقات ، فيتم كتابة الأفكار والمشاعر على بطاقات مفهرسة. ويمارس المريض اختيار الاستمرار فيها أو محاولة تجنبها. إن تطبيع هذه الخبرات على البطاقات الهدف منه هو تعزيز الابتعاد بحيث يتمكن المريض من استكشاف الطرق البديلة لمجابهتها. من الممكن أن ينطوي الواجب المنزلي على أن

يأخذ المريض أحد هذه البطاقات (مثلا : مع محتوى الصوت المسبب للقلق مكتوب عليها) معه بين الجلسات ويضعها في جيبه. ويستمر العمل ذو القيمة ؛ ومن الممكن استخدام مجاز المزرعة للتأكيد على أهمية الحفاظ على التناغم مع القيم حتى مع عدم وجود مكافئة في الوقت الراهن. ويقوم المعالج بالاستمرار في مساعدة المريض على صياغة أهداف أخرى تتناغم مع القيم ليعمل فيها بين الجلسات.

تؤكد الجلسات الأخرى على عمليات أخرى ذات صلة في العلاج بالتقبل والالتزام على سبيل المثال ، من الممكن تقديم مفهوم القلق "النظيف " مقابل " غير النظيف " في الجلسة الثالثة. فالقلق النظيف يوصف بأنه ضغوط الحياة التي لا يمكن السيطرة عليها ، والأحداث السالبة التي تقع للشخص ، والتي لا يكون لها على سلطان ، وتستثير المشاعر السالبة ؛ وهذه تتميز عن القلق " غير النظيف " أو المشاعر السالبة التي تكون لدى الفرد وتتعلق بكونه حزينا في المكان الأول. يتم توضيح التجنب والكفاح مع القلق النظيف حيث ينتج توترات أو قلقا آخر ، ويقوم المعالج بمساعدة المريض عن قبول القلق النظيف وإفساح المجال له. أحيانا ينتج العقل القلق غير النظيف عندما " يشترى " المريض مقدارا منه بطرق غير مفيدة. قد يجري المعالج إعطاء تعليمات للمرضى أن يستكملوا مهمة بسيطة (مثلا : الإمساك بقلم ورفعه إلى أعلى) ، وفي الوقت نفسه ،يرددون بصوت عالي أنه لا يستطيعون القيام بهذه المهمة والتي يقومون بها بالفعل (" لا أستطيع أن أمسك بهذا القلم ، لا أستطيع رفع هذا القلم عاليا .). وهذا يمثل تدريب الانصهار ؛ الذي يساعد المرضى على التمييز بين ما يطلبه منهم العقل أن يفعلوه وما يختاروا هم فعله ، وهذا قد يرتبط بمجابهة الهلوسات الآمرة التي قد تطلب من المريض القيام بأشياء لا يريد القيام بها. يتعلم المرضى أنهم يستطيعون اختيار السلوك بطرق تتناغم مع أهدافهم ذات القيمة ، بغض النظر عما تأمر به الأصوات. يستمر عمل القيم أيضا في كل جلسة ، ويتم استخدام مجاز الطريق إلى أعلى الجبل لتوضيح كيف أن الإخفاقات والتحديات جزء فطري من الرحلة ويمكن التغلب عليها ليظل الفرد في طريقه الذي رسمه لنفسه.

أما الجلسة الأخيرة ، فتركز على مفهوم الذات كسياق في العلاج بالتقبل والتعهد. يساعد المعالج المريض على توصيل جزء ثابت ودائم من ذاته (الذات كسياق) ، انه يستطيع أن يكون ملاحظا للمحتوى التقييمي لعقله (الذات كمحتوى). لا يتم شرح هذا المفهوم بطريقة مجردة أو فنية بدلا من ذلك ، يتم استخدام مجاز لوحة الشطرنج لتوضيح هذه الفكرة ، وتعد مجموعة الشطرنج الحقيقية مفيدة في هذا الغرض ، حيث يتم استخدام قطع الشطرنج كأمثلة على محتوى العقل (مثلا : الاكتئاب ، الأصوات ، تقدير الذات المنخفض ، الأفكار الاضطرارية). يتم تشجيع المريض على تسمية كل قطعة في علاقتها الأعراض التي تحدث التوتر والقلق. كما أن المريض يسمى أيضا القطع الجيدة " تم مقارنة هذه القطع مع لوحة الشطرنج ، والتي تمثل الذات كسياق ، أو الجزء الثابت للذات الذي يمسك بالقطع. يوضح المعالج أنه في حين يتم إشراك قطع الشطرنج في معركة مع بعضها البعض ، معركة لا نهاية لها (عندما يفوز أحد الجوانب تبدأ المباراة من جديد) ، فإن اللوحة تمسك ببساطة بالقطع ، ولا تتأثر مباشرة بالمباراة ، بغض النظر عن الجانب الذي يفوز ويخسر. قد يشجع المعالج المرضى على تجربة " الجلوس على لوحة الشطرنج " عندما يشعرون بأنهم يناضلون ، وتقبض عليهم " القطع " العقلية ، بحيث يمكنهم ملاحظة المحتوى العقلي بدون أن يكون لهم ردود فعل تجاه هذا المحتوى. بالإضافة إلى ذلك ، يمكن تقديم نظام العد الحسابي الذي يحمل اللفظية الأولية التالية : ص.ق.ج.م / ق.خ.ن. هذه اللفظية الأولية تساعد المريض على تذكر وتطبيق هذه الاستراتيجيات خارج الجلسات. يتعلم المرضى الوقت الذي يكونوا فيه : (ص) منصهرين مع أفكارهم (ق) ويقيمون أنفسهم ، (ج) ويتجنبون خبراتهم ، (م) ويقدمون مبررات لمشكلاتهم. كما يتم تشجيعهم على (ق) قبول الحاضر والبقاء فيه ، (خ) واختيار الوجهة ذات القيمة ، و (ن) تنفيذ الفعل. هذا التدريب يمكن أن يقدم في شكل ورقة عمل يمكن أن يملأها المريض بين الجلسات. يمكن مخاطبة تكرار الأعراض الذهانية ، والاعتقاد المرتبط بالقلق والتوتر قبل كل جلسة لتحديد التغيرات ذات الصلة بالعلاج (انظر جدول 10.2).

جدول 10.2 التقديرات الذاتية للأعراض الذهانية

الهلوسة المراد تقييمها...

الأوهام المراد تقييمها.....................................

التكرار

1- في المتوسط كم مرة تسمع فيها الأصوات (أو رأيت الهلوسات) ، أو فكرت في الأصوات (الأوهام) إذا كان ذلك مناسبا) في الأسبوع الماضي ؟

1) لا أبدا 2) أقل من مرة في الأسبوع 3) مرة في الأسبوع

4) عدة مرات في الأسبوع 5) يوميا 6) أكثر من مرة في اليوم

7) باستمرار

1.أ. الهلوسات..................... 1 ب. الأوهام...................

القلق

2- على مقياس من صفر – 10 ، إلى أي مدى تشعر بالضيق عند سماع الأصوات (أو رؤيتها " الهلوسات " ، أو التفكير فيها " الأوهام " إذا كان ذلك مناسب " ؟

صفر يعني لا تتضايق على الإطلاق ، و 10 تعني أنك تضايق للغاية

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

لا أتضايق بالمرة ... متضايق للغاية

2 أ. هلوسات .... 2 ب . أوهام ....

الاعتقاد

3- على مقياس من صفر – 10 ، إلى أي مدى تعتقد أنك عند سماع الأصوات (أو عند رؤيتها " الهلوسات " أو عند التفكير فيها " الأوهام " إذا كان ذلك مناسبا ") أنها حقيقية (أو أنها صحيحة (للأوهام) ؟ صفر يعني أنك على يقين من أنها ليست حقيقية أو صحيحة ، و 10 تعني أنك متأكد تماما أنها حقيقية أو صحيحة.

وصفت دون كيف كانت تحاول وقف الأصوات من خلال الانعزال في حجرتها والنوم لأن الأصوات على ما يبدو يحدث لها استثارة في التفاعلات الاجتماعية أو الرحلات خارج البيت. ومع ذلك ، اعترفت دون بأن الأصوات تتوقف للحظات ثم تعود مرة أخرى. كما وصفت دون أيضا تعاملها مع الأصوات (" أحيانا أقف لها ") وتحاول أن تفعل عكس ما تقوله لها الأصوات (مثلا : أنها شخص سيء ، ومذنبة ، وأنها لا تستحق الحياة). ومع ذلك ، ذكرت أن هذه الأصوات تزداد في حدتها عندما تحاول الجدل معها. كما أن الأصوات تملأ رأسها بالأفكار عن المؤامرة التي يدبرها الرفاق في السكن ضدها. ومع عدم القدرة على الهروب من هذه الأصوات ، حتى بعدما أصبحت منعزلة تماما ، أعلنت دون أنها بدأت تشعر باليأس وفكرة في الانتحار بإلقاء نفسها أمام سيارة متحركة. استغل المعالج هذه الفرصة لوصف مجاز الآلة الناسخة. فقد أوضح في البداية أنه – أحيانا – يربط القصص لمساعدتها لتستفيد من خبراتها. لقد تغير وجدان دون عندما ربط المعالج القصة ، وبدأت تبتسم في بعض الأوقات . في البداية ، أحدثت المناقشة الحيرة لدى دون ، ولكن بعدما انتهى المعالج من القصة ، بدأت ربطها بخبراتها. فقد وصفت للمعالج كيف كانت خجولة كطفلة ، وكيف أنها تشعر بالقلق عندما تكون بين الآخرين ، لذا توقعت ألا يتركها هذا القلق. اعترف المعالج بأن هذا هو رد فعل طبيعي ، وشجع دون على ربط القصة بخبراتها مع الأصوات. ذكرت دون أنها لم تفكر أبدا في الأصوات بهذه الطريقة من قبل ، ولكن هذا مفيد لها بناء على الخبرة التي تقوم بأنها كلما حاولت التحكم في الأصوات ، كلما ساء الأمر أكثر وأكثر ، بعد ذلك ، سأل المعالج دون عما إذا كانت لديها الرغبة في محاولة تجربة تدريب التفكير لممارسة طريقة مختلفة لمجابهة هذه الأفكار والمشاعر المقلقة. ذكرت دون أنها جربت أساليب الاسترخاء من قبل في العلاج النفسي ولكن المعالج أوضح لها أن تدريب التفكير مختلف ، وكانت لدى دون الرغبة في تجربة التدريب ، وشغل المعالج مسجلا صوتيا بتعليمات التفكير ، ومارس معها التدريب. أثناء استخلاص المعالج للمعلومات ، أعلنت دون أنها تمر بالإحباط نتيجة لعدم قدرتها على جعل عقلها يركز على التصور. استغل المعالج هذه الفرصة ليوضح أن الهدف من التدريب ببساطة هو عملية القيام بالتدريب ، وأن عدم قدرة عقلها على التركيز ليست مشكلة ، ولكنها جزء

من الخبرة. وذكر لها أن الممكن أن تقوم بتطبيق هذا التمرين على بعض الأشياء التي تحدث لها القلق مثل مشاعر اليأس، والأصوات التي تحط من قدرها.

بعد ذلك، قدم المعالج عمل توضيح القيم. وصفت دون أهمية العمل المهني الذي كانت تقوم به، والهدف من العمل بنظام اليوم الكامل. ومع ذلك ذكرت أنها في الأسابيع التي سبقت الإيداع في المستشفى، توقفت عن الذهاب للعميل في محاولة لمنع زيادة الأعراض. شعرت دون بالذنب لفعلها هذا، وتشعر بالحيرة والقلق عند العودة مرة أخرى إلى العمل بعد الخروج من المستشفى. قام المعالج باستكشاف قيمة العمل لدى دون تفصيليا، حيث أعطاها أمل في المستقبل، وشعرت هي بأنها أفضل بعدما تعلمت مهارة جديدة، ونجحت في تطبيقها، ورأى المعالج أن من المفيد بالنسبة لدون أن تبدأ في التحرك في الاتجاهات المرسومة لها، ولكن هذا يحتاج منها إلى أن تتعلم أن تكون هناك متسعا للمشاعر السالبة التي قد تنشأ أثناء هذه العملية. فقد اقترح عليها أن تضع أهدافا صغيرة لنفسها تتناغم مع قيم العمل التي وضعتها لنفسها. وافقت دون على الاتصال بصاحبة العمل بين الجلسات لتعرفها بأنها في المستشفى، وتعطيها تقريرا عن حالتها وما وصلت إليه، وتتنافس معها في إمكانية العودة للعمل مرة أخرى بعد الشفاء.

أما الجلسات اللاحقة مع دون، فقد بُنيت على الموضوعات في الجلسة الأولى. كما تم استكشاف الرغبة كبديل للتجنب تفصيليا. شجع المعالج دون على زيادة رغبتها في المرور بخبرة الأفكار السالبة والمشاعر السالبة، مع البقاء على تناغم مع الأهداف ذات القيمة. ربط المعالج مجاز المعركة مع الوحش بدون، وساعدها على ممارسة " هيا ننزل بالحبل " عندما تجد نفسها تناضل مع المشاعر السالبة التي تبعدها عن أهدافها. ومع الوقت، أعلنت دون أنها سمعت أصوات أثناء الجلسة. استغل المعالج هذه الفرصة لمساعدة دون على أخذ موقف واعيا ومتقبلا نحو هذه الخبرة أثناء اختيار البقاء في الجلسة برغم ما تقوله الأصوات. عبرت دون عن همومها مع الوقت بشأن أخذ الأدوية للأعراض التي تمر بها لأن ذلك يذكرها بالإدمان السابق للكوكايين. ساعد المعالج دون على صياغة مفهوم العلاج بالدواء في سياق قيمها. فقد عرض أخذ الدواء

على دون على أنه شيء تختار أن تفعله في خدمة قيمة العمل والصحة ، حيث اعترفت بأنها كانت ذات قيمة لهذا الغرض في الماضي.

بدأت دون تحضر إلى مزيد من جلسات العلاج النفسي الجمعي في الوحدة بين الجلسات ، ولم تعد تتجنبها ، لأنها ببساطة قد تمر بخبرة الأصوات. ومع ذلك ، فإن التفاعل الاجتماعي المتزايد لدى دون في الوحدة وقد يستثير في بعض الأحيان الأفكار البارانويدية عن المرضى الآخرين وعن أفراد الهيئة. فبدلا من محاولة التقويض المباشر من مصداقية هذه المخاوف ، طلب المعالج من دون أن تفسح المجال لهذه الأفكار ، وتختار أن تحملها معها وهو تعمل في سبيل تحقيق أهدافها. لقد تبين أن مجاز لوحة الشطرنج مفهوم مفيد يمكن لدون أن تستخدمه ليذكرها بأن تهدأ من هذه الأفكار عندما تسير في طريق ما تريد أن تقوم به. أتمت دون أربع جلسات خلال 8 أيام. وبعد الانتهاء ، أعلنت دون عن تناقص في القلق والاعتقاد عن الأصوات ، على الرغم من أنها مازالت تحدث في بعض الأوقات. كما عبرت عن رغبتها في العودة إلى العمل بعد الانتهاء من هذه الفترة العلاجية والخروج من المستشفى.

الخلاصة Conclusion

مع الوضع في الاعتبار الحاجة إلى ، والفائدة من المداخل النفسية – الاجتماعية للذهان كجزء من البرنامج العلاجي الشامل للمريض ، فإن العلاج بالتقبل و الالتزام يعد مدخلا مفيدا ، خصوصا للمرضى المودعين في المستشفى الذين يعانون من الأعراض الذهانية. فهؤلاء المرضى (الذين يودعون في المستشفى) يحتاجون إلى مدخل نفسي – اجتماعي موجز يمكن إدخاله إلى بيئة المستشفى. إن تركيز العلاج بالتقبل والالتزام على التقبل والوعي يزود المريض باستراتيجيات مجابهة بديلة. ربما لا تكون موجودة كجزء من العلاجات الأخرى التي يتلقونها.

نحن نأمل أنه من خلال هذا النوع من العلاج ، سوف يصبح المرضى أكثر مرونة من الواجهة بالتحكم والضبط ، والتي ثبت أنها تأتي بنتائج عكسية. على الرغم من أن

البحوث الأولية تشير إلى أن العلاج بالتقبل والتعهد آمن ، وفعال للمرضى الذهانيين المودعين في المستشفى ، إلا أننا في حاجة إلى مزيد من البحوث لتوضيح أوجه الشبه والاختلاف بين العلاج بالتقبل و الالتزام والعلاج السلوكي المعرفي التقليدي للذهان ، بالإضافة إلى فعالية العلاج بالتقبل والتعهد مقارنة بالمداخل البديلة. ومع ذلك ، مع الوضع في الاعتبار إدراك القصور الحالية في العلاج الدوائي الطبي للذهان ، حيث يرتبط بالتجسس والأداء طويل المدى ، إلا أن العلاج بالتقبل و الالتزام يقدم مدخلا يعطي الفرصة للاعتماد على قدرات المرضى.

المراجع

Bach , P. , Gaudiano , B.A. , Hayes . S.C. et al . (in press) Reduced believability of positive symptoms mediates improved hospitalization outcomes of acceptanceand commitment therapy for psychosis . Psychosis: Psychological, Social, andIntegrative Aspects .

Bach , P. and Hayes, S.C. (2002) The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: A randomized controlledtrial . Journal of Consulting and Clinical Psychology , 70 , 1129 - 1139 .

Bach , P. , Hayes , S.C. and Gallop , R. (2012) Long term effects of brief Acceptance and Commitment Therapy for Psychosis . Behavior Modification , 36 (2) ,165 - 181 .

Beck , A.T. (2008) The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates . American Journal of Psychiatry , 165 , 969 - 977 .

Chadwick . P. (2006) Person-based Cognitive Therapy for Distressing Psychosis .New York : John Wiley and Sons .

Chadwick , P. , Hughes, S. , Russell , D. et al . (2009) Mindfulness groups for distressing voices and paranoia: A replication and randomized feasibility trial . Behaviouraland Cognitive Psychotherapy , 37 , 403– 412.

Chadwick , P. , Taylor , K.N. and Abba , N. (2005) Mindfulness groups for people with psychosis . Behavioural and Cognitive Psychotherapy , 33 , 351 – 359 .

Dannahy , L. , Hayward , M. , Strauss . C. et al . (2011) Group person-based cognitive therapy for distressing voices: Pilot data from nine groups . Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry , 42 , 111 – 116 .

Drury , V. , Birchwood , M. , Cochrane , R. et al . (1996) Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: A controlled trial. I. Impact on psychotic symptoms . British Journal of Psychiatry , 169 , 593 - 601.

Escher , S. , Delespaul , P. , Romme , M. et al . (2003) Coping defence and depression in adolescents hearing voices . Journal of Mental Health , 12 , 91 - 99 .

Falloon , I.R.H. and Talbot , R.E. (1981) Persistent auditory hallucinations: Coping mechanisms and implications for management . 11 , 329 – 339 .

Farhall , J. and Gehrke . M. (1997) Coping with hallucinations: Exploring stress and coping framework . British Journal of Clinical Psychology , 36 (Pt 2) , 259 261 .

Forman , E.M. and Herbert , J.D. (2009) New directions in cognitive behavior therapy: Acceptance-based therapies. In W. O'Donohue and J. E. Fisher (eds) General Principles and Empirically Supported Techniques of Cognitive Behavior Therapy (pp. 102 - 114). Hoboken. NJ : John Wiley and Sons .

Gaudiano , B.A. (2005) Cognitive behavior therapies for psychotic disorders: Current empirical status and future directions . Clinical Psychology: Science and Practice , 12 , 33 50 .

Gaudiano , B.A. (2006) Is symptomatic improvement in clinical trials of cognitive behavioral therapy for psychosis clinically significant? Journal of Psychiatric Practice , 12 , 11 - 23 .

Gaudiano , B.A. (2008) Cognitive-behavioural therapies: achievements and challenges . Evidence Based Mental Health , 11 , 5 – 7 .

Gaudiano , B.A. and Herbert , J.D. (2006) Acute treatment of inpatients with psychotic symptoms using acceptance and commitment therapy: Pilot results . Behaviour Research and Therapy , 44 , 415 – 437 .

Gaudiano , B.A. , Herbert , J.D. and Hayes , S.C. (2010) Is it the symptom or the relation to it? Investigating potential mediators of change in acceptance and commitment therapy for psychosis . Behavior Therapy , 41 , 543 – 554 .

Hall , P.L. and Tarrier , N. (2003) The cognitive-behavioural treatment of low self-esteem in psychotic patients: A pilot study . Behaviour Research and Therapy , 41 , 317 – 332 .

Hayes , S.C. , Barnes-Holmes , D. and Roche , B. (2001) Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian Account of Human Language and Cognition . New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers .

Hayes, S.C. , Luoma, J.B. , Bond , F.W. et al . (2006) Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes . Behaviour Research and Therapy , 44 , 1– 25.

Hayes , S.C. and Strosahl , K.D. (2004) A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy . New York: Springer-Verlag.

Hayes , S.C. , Strosahl , K.D. , Bunting , K. et al . (2004) What is acceptance and commitment therapy? In S.C. Hayes and K.D. Strosahl (eds) A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy (pp. 3– 29). New York: Springer-Verlag.

Hayes , S.C. , Strosahl , K.D. and Wilson , K.G. (1999) Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change . New York : Guilford .

Johnson , D.P. , Penn , D.L. , Fredrickson , B.L. et al . (2009) Loving-kindness meditation to enhance recovery from negative symptoms of schizophrenia . Journal of Clinical Psychology , 65 , 499 – 509 .

Kabat-Zinn , J. (1990) Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness . New York: Delta.

Kabat-Zinn , J. (1994) Wherever You Go, There You Are: Mindfulness Meditation in Everyday Life . New York: Hyperion Books.

Kingdon , D. G. and Turkington , D. (2005) Cognitive Therapy of Schizophrenia , 2nd edn. New York : Guilford Press .

Levin, M. and Hayes, S.C. (2009) Is acceptance and commitment therapy superior to established treatment comparisons? Psychotherapy and Psychosomatics , 78 , 380.

Mechanic , D. , McAlpine , D.D. and Olfson , M. (1998) Changing patterns of psychiatric inpatient care in the United States, 1988–1994 . Archives of General Psychiatry , 55 , 785 – 791 .

st , L.-G. (2008) Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis . Behaviour Research and Therapy , 46 , 296 – 321 .

Powers , M.B. , Zurn, M.B. and Emmelkamp , P.M.G. (2009) Acceptance and commitment therapy: A meta-analytic review . Psychotherapy and Psychosomatics , 78 , 73 – 80 .

Rathod , S. , Phiri , P. and Kingdon , D.G. (2010) Cognitive behavioral therapy for schizophrenia . Psychiatric Clinics of North America , 33 , 527 – 536 .

Romme , M.A. and Escher , A.D. (1989) Hearing voices . Schizophrenia Bulletin , 15 , 209 – 216 .

Sethi , S. and Bhargava , S.C. (2003) Relationship of meditation and psychosis: Casestudies. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry , 37 , 382 .

Shawyer , F. , Ratcliff, K. , Mackinnon . A. et al . (2007) The voices acceptance and action scale (VAAS): Pilot data . Journal of Clinical Psychology , 63 , 593 – 606 .

Startup , M. , Jackson , M. and Bendix , S. (2004) North Wales randomized controlled trial of cognitive behaviour therapy for acute schizophrenia spectrum disorders: outcomes at 6 and 12 months . Psychological Medicine , 34 , 413 – 422 .

Strosahl , K.D. , Hayes , S.C. , Wilson , K.G. et al . (2004) An ACT Primer: Core therapy processes, intervention, strategies, and therapist competencies . In S.C. Hayes and K.D. Strosahl (eds) A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy (pp. 31 - 58). New York: Springer-Verlag.

Tai , S. and Turkington , D. (2009) The evolution of cognitive behavior therapy for schizophrenia: Current practice and recent developments . Schizophrenia Bulletin , 35 , 865 – 873 .

Tait , L. , Birchwood , M. and Trower , P. (2003) Predicting engagement with services for psychosis: Insight, symptoms and recovery style . 182 , 123 – 128 .

Tait , L. , Birchwood , M. and Trower , P. (2004) Adapting to the challenge of psychosis: Personal resilience and the use of sealing-over (avoidant) coping strategies . British Journal of Psychiatry , 185 , 410 – 415 .

Thomas , N. , Farhall , J. , Shawyer , F. et al . (2010) Randomized controlled trial of ACT for medication-resistant psychosis: Interim results . Paper presented at the 6th World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies , Boston , MA .

الفصل الحادي عشر

تحسين النوم ، تحسين الأوهام : العلاج السلوكي المعرفي للأرق لدى الأفراد ذوي الأوهام الاضطهادية

المقدمة Introduction

خلال العشر سنوات الماضية ، هناك تقدما ملحوظا في فهم أسباب علامات الأوهام الاضطهادية بالاعتماد على هذا التقدم النظري (Freeman, 2011). يتم الآن استهداف العوامل السببية الرئيسية ، واحد في كل مرة. والعمل الموصوف في هذا الفصل جزء من هذا البرنامج ، حيث إن اضطراب النوم هو العامل السببي للاهتمام. يحدد نموذجنا المعرفي الأرق Insomnia على أنه العامل السببي المفترض للأوهام الاضطهادية ، حيث يتناغم مع السلسلة الحديثة من الدراسات التجريبية ، لذا فإننا عالجنا الأرق لدى الأفراد ذوي الأوهام. لقد تم تقييم تدخل سلوكي معرفي موجز للأرق في سلسلة من الحالات على 15 مريضا لديهم أوهام اضطهادية ثابتة ، وأرق دائم ، وقد كانت النتائج مشجعة للغاية ، حيث إنه بعد أربع جلسات من التدخل ، تبين وجود تناقص في مستويات الأرق والأوهام / الاضطهادية. وفي هذا الفصل ، نحن نقدم استعراضا لهذا العمل ، بما في ذلك وصفا للتدخل محل الممارسة.

إعداد علاج سلوكي معرفي للذهان

Developing CBT for Psychosis

هناك تغيرات مفيدة في علاج الأفراد الذهانيين ، ويرجع ذلك إلى العلاج السلوكي المعرفي ، ولكن تشير الأدلة إلى أن حجم التأثير على الأعراض الذهانية الموجبة مثل الأوهام والهلوسات ضعيف إلى متوسط ، حيث إن حجم التأثير من التحليل البعدي يقع بين 0.3 إلى 0.5 (Pfammater et al., 2006, Garety et al., 2008, Wykes et al, 2008). القصور في بحوث التحليل البعدي يتمثل في أن التجارب تميل إلى استخدام العلاج السلوكي المعرفي الشامل ، والذي يهدف إلى علاج مدى واسع من الأعراض والعديد من الميكانيزمات الرئيسية ،عند القياس ، لم يوجد دليل على أن الميكانيزمات التي يفترض أنها تمثل الأساس للأوهام قد تغيرت بالفعل (Garety et al, 2008). إن هذا العلاج يتخلف عن التطورات في فهم الأعراض

الذهانية. أما مدخلنا ، فيركز على أحد الأعراض الذهانية وهو " الأوهام ، ويوضح أن الميكانيزم السببي يتغير بواسطة التدخل ، ويدرس التأثير اللاحق على الخبرة الوهمية Foster et al., 2010, Freeman, 2011, Hepworth et al, 2011,) .(Waller , et al., 2011

وفقا لأحد النماذج المعرفية الرئيسية للأوهام ، فإن اضطرابات النوم يكن أن يعمل كمثير وعامل محافظة في حدوث الأوهام الاضطهادية (Freeman et al, 2002, Freeman, 2007). وقد بحثت أربع دراسات حديثة أجراها فريمان وزملاؤه Freeman and Colleagues (2009, 2010, 2011a, 2011b) ولأول مرة في العلاقة بين الأرق والتفكير البارانويدي ، وقد تبين وجود علاقة ارتبطاية بين الأرق والبارانويا على عينتين من الكبار متمثلتين للمجتمع (Freeman et al, 2010, 2011a). ولقد تم توسيع هذا العمل – في دراسة طولية ، حيث أظهر أن الأرق يتنبأ بالحدوث الجديد للتفكير البارانويدي ودوامه (Freeman et al, 2011b). علاوة على ذلك ، فقد تبين – في عينة إكلينيكية أن 50٪ من الأفراد ذوي الأوهام الاضطهادية لديهم ارق متوسط إلى حاد (Freeman et al, 2009). إن العلاقة السببية بين الأرق والبارانويا معقولة. فمن المعروف أن الأرق يسبب القلق ، والاكتئاب ، والخبرات الشاذة ، وكلها عوامل تجعل الفرد معرضا لخطر الأرق (Chemerinski et al, 2002, Smith et al, 2005, Espie et al, 2006, Necklemann et al, 2007, Freeman, 2011).

بالطبع ، فإن الأرق لدى الأفراد الذهانيين مشكلة إكلينيكية في حد ذاته ، بغض النظر عن التأثير على الأعراض الذهانية. فالأرق لدى عموم الناس ، يرتبط بضعف جودة الحياة ، وزيادة الاعتلال الصحي ، وزيادة معدلات مشكلات الصحة العقلية ، واضطراب العلاقات ، وزيادة الأمراض المصاحبة لأمراض القلب ، وزيادة الاستفادة من الرعاية الصحية المصاحبة وزيادة التعرض لمخاطر الحوادث ، وزيادة معدلات الموت (Moin et al, 1999, Harvey, 2002, Espie et al, 2006, NICE, 2004) وفي الوقت الحالي ، هناك ضعف في إدارة والسيطرة على الأرق (NICE, 2004) ،

كما أن علاج الأرق المزمن بالأدوية الطبية يظل محل جدل بسبب قضايا التحمل والاعتمادية (Morin et al., 1999, NICE, 2004, Espie et al, 2006). ففي الأرق المرتبطة بالشيزوفرنيا -- تحديدا – ينطوي العلاج في الغالب على مضادات للذهان ، وعقارات منومة ، وهي لها تأثير جزئي على المدى البعيد ، وترتبط في الغالب بالآثار البغيضة في النهار، وهذا قد يسهم في الأداء الضعيف بوجه عام (Kantrowitz et al., 2009).

ولقد تبين من خلال العديد من البحوث أن التدخلات غير الدوائية التي تقوم على النظرية والأساليب السلوكية المعرفية أكثر فعالية ، كما أن ليس لها آثار جانبية (Morin ct al, 1999, Smith ct al, 2005, Espic ct al, 2006) ، وهناك بعض الآراء التي ترى أنها أكثر فعالية من الأدوية الطبية (Jacobs et al, 2004). تجدر الإشارة إلى أن هناك مدى من استراتيجيات العلاج السلوكي المعرفي للأرق ، وتشتمل على : القبض على المعتقدات غير المفيدة عن النوم ، إعادة البناء المعرفي ، النوم الصحي ، التدريب على الاسترخاء ، العلاج بالتحكم في المثير ، التناقص في النية (Harvey et al., 2007). وقد كشفت المراجعة لعدد 48 دراسة إكلينيكية وتحليلين بعدين للعلاجات الدوائية للأرق أن هذه العلاجات قد أحدثت تغيرا موثوق به ، بحجم تأثير يتراوح بين متوسط إلى بسيط (Morrin et al., 1999). فقد تم علاج 70 – 80٪ من المرضى بالتدخلات غير الدوائية ، واستفادوا من هذه التدخلات. أما فيما يتعلق بتحمل تأثيرات العلاج غير الدوائي ، فقد أوضح مورين ورفاقه Morrin et al. (1999) أنها تبقى على المدى القصير (3 أشهر) ، وعلى المدى المتوسط (6 أشهر). مع الوضع في الاعتبار العلاقات الارتباطية الهامة بين الأرق والأوهام الاضطهادية ، وفعالية العلاج السلوكي المعرفي للأرق – قمنا بإجراء دراسة استطلاعية على المرضى الذهانيين (Myres et al., 2011) ، هدفت إلى تقييم – ولأول مرة – علاج الأرق لدى الأفراد ذوي الأوهام الاضطهادية وقد تنبأنا بأن التدخل السلوكي المعرفي الموجز للأرق لدى الأفراد ذوي الأوهام الاضطهادية المستمرة ، وصعوبات النوم المتزامنة معها سوف يقلل الأرق ، ليس هذا فحسب بل سوف يقلل البارانويا أيضا. فقد

انصب تركيزنا على الأفراد ذوي الأوهام الاضطهادية ، ولكن هذه الصعوبات كانت ضمن سياق اضطراب الشيزوفرنيا — وجودها لدى الأفراد الذين يتم علاجهم.

تم تقديم تدخل العلاج السلوكي المعرفي للأرق لعدد 15 مريضا. لقد عرض التدخل في شكل معياري ، واشتمل على أربع جلسات في هذه الدراسة ، وقمنا بتكييف الجلسات والعلاج لهذه المجموعة من المرضى ، كما قدمنا عرضا نفسيا — تربويا عن النوم ، والعوامل التي تؤدي إلى صعوبات النوم ،وهذا قد أدى إلى صياغة بسيطة ، قدمت بشكل فردي لكل مريض. تباينت أهداف العلاج وفقا لبروفيل النوم لدى الفرد ، ولكن اشتملت على : النوم الصحي ، تحقيق الروتين الليلي المناسب من حيث الوقت ، واستكشاف المعتقدات عن النوم ، وأخيرا قام كل المرضى بإعداد خطة للوقاية من الارتداد. تم تقديم الأربع جلسات لكل مريض خلال شهر (جلسة كل أسبوع) ، كما تم إجراء تقييم الأرق ، الأوهام الاضطهادية ، الخبرات الشاذة ، والقلق ، والاكتئاب في القياس القبلي ، والقياس البعدي ، والتتبعي بعد شهر من العلاج. أتم كل المرضى العلاج وكل التقييمات ، مما يشير إلى مشاركة ممتازة في العلاج السلوكي المعرفي للأرق. بعد انتهاء العلاج ، تبين أن هناك تناقص في الأرق (حجم التأثير = 2.64) ، والأوهام الاضطهادية (حجم التأثير = 1.07). لقد كان حجم التأثير كبيرا ، وبقيت هذه التغيرات بعد انتهاء العلاج بشهر ، في القياس التتبعي. لقد حقق ثلثي المشاركين على الأقل تحسينات قوية في الأوهام الاضطهادية. كما كان هناك تناقص في مستويات الخبرة الشاذة ، والقلق والاكتئاب. لقد كان هذا البحث أول تجربة لتدخل العلاج السلوكي المعرفي للأرق للأوهام الاضطهادية والأرق المصاحب لها. على الرغم من أن التقييم لم يكن مضبوطا ، وبدون تقييما عمياء ، إلا أن النتائج كانت واعدة ، وتشير بالتأكيد — إمكانية استخدام العلاج السلوكي المعرفي للأرق لدى المرضى الذهانيين الذين يمرون بخبرة اضطراب النوم. كما أن البحث يوضح أهمية السؤال عن اضطراب النوم في التقييم الروتيني للأفراد الذين يمرون بخبرة الأوهام الاضطهادية ، ومناقشة الخيارات العلاجية بعد ذلك. تشير خبرتنا الإكلينيكية — وهناك دليل على ذلك في الدراسة الاستطلاعية — إلى أن العلاج السلوكي المعرفي قد

يكون مفيدا لدى الناس الذين يمرون بخبرة الأعراض الذهانية الأخرى مثل الهلوسات. ومن ثم هناك حاجة إلى تقييم صارم لتدخلات النوم لدى الأفراد الذهانيين.

بروتوكول التدخل للأرق

The Insomnia Intervention Protocol

لقد أعطت العديد من المصادر شكلا للتدخل المستخدم في التجربة الاستطلاعية للعلاج السلوكي المعرفي للأرق لدى الأفراد ذوي الأوهام الاضطهادية – ويشتمل على : " التغلب على الأرق ومشكلات النوم (Colin Espie, 2006) ، " اعرف عقلك " (Daniel Freeman & JasonFreeman, 2009) ، والبحوث التي اجراها اسباي ورفاقه Espie et al (2006) ، هارفي Harvey (2002) ، مورين Morin (2004) ، مورجينهيلر ورفاقه Morgentholer et al (2006) ، سميث ورفاقه Smith et al (2005) ، بالإضافة إلى المعرفة النظرية الإكلينيكية للباحثين. لقد تم استخدام المصادر المذكورة أعلاه لتأليف كتاب جديد عن العلاج النفسي ، والذي عمل كبروتوكول للجلسات ولكي يستخدمه المشاركون بين الجلسات ، ويشتمل الكتاب على جزء يعطي للمشاركين في نهاية كل جلسة. سارت الجلسات على الشكل المعياري للعلاج السلوكي المعرفي ، بما في ذلك أجندة في بداية كل جلسة ، ملخصات متكررة ، تغذية راجعة ، الاكتشاف الموجه ، والحوار السقراطي(Beck, 1995). نقدم فيما يلي ملخصا عن كل جزء من أجزاء البروتوكول ، متبوعا بمثال إكلينيكي من الدراسة الاستطلاعية لتوضيح التدخل محل الاستخدام.

الجلسة الأولى : التقديم النفسي – التربوي ، الصياغة والأهداف العلاجية

Session1 : Psychoeducation, Formulation and Treatment goals

بدأت الجلسة الأولى للبروتوكول بتقديم نفسي – تربوي موجز عن النوم ، ويشتمل على : إلى أي مدى مشكلات النوم شائعة ، وكيف يمكن للعلاج السلوكي المعرفي للأرق أن يكون مفيدا ، وتم عمل ساعة يحتاجها الناس للنوم ، وما هي أسباب مشكلات النوم ، وما الذي يبقي عليها (مثلا : الضغوط ، القلق ، الاضطراب ، الاكتئاب ، الروتين الضعيف لوقت النوم ، أسلوب الحياة ، البيئة ، العوامل الجسمية لإظهار خصوصيات الصعوبات لدى المريض ، وتشتمل على : متى بدأت مشكلات النوم ، عدد الليالي التي تأثر فيها المريض بهذه الصعوبات ، كم عدد الساعات التي ينام فيها المريض في الليلة تقريبا ، العلاجات أو الاستراتيجيات السابقة وفعاليتها ، وتأثير مشكلات النوم على النشاط النهاري. لقد انصب التركيز على تحديد العوامل التي تؤرق النوم لدى الفرد ، وذل بالاعتماد على قائمة في بروتوكول التدخل للنوم (انظر جدول 11.1).

لقد تم استخدام جدول (11.1) بشكل تشاركي مع الأفراد من أجل المعرفة المشتركة بالعوامل الرئيسية التي تبقي على صعوبات النوم. وقد تم عمل صياغة محافظة ، تشتمل على أي أفكار ، أو أنماط تفكير معينة ، والمعتقدات المرتبطة بالنوم ، الإثارة والتوتر ، سلوكيات الأمان ، والسلوكيات الأخرى المعنية (مثلا : التدخين عند عدم القدرة على النوم ، البقاء في السرير خلال اليوم التالي ، إلقاء الأنشطة أثناء النهار) ، التأثير الفسيولوجي ، الانتباه الانتقائي والمراقبة. وقد تم استخدام المعلومات من الصياغة وعوامل المحافظة التي يتم تحديدها لوضع أهداف ترتبط بالنوم.

جدول (11.1) التشخيص لإظهار العوامل التي تبقى على اضطراب النوم

ما الذي يمنعني من النوم ؟	لا أبدا	أحيانا	كثيرا	كثيرا جدا
1- أفكار تدور برأسي وتمنعني من النوم.				
2- لدي قلق كثير يمنعني من النوم.				
3- أشعر بالقلق عند محاولة النوم.				
4- لا أستطيع الاسترخاء عند محاولة النوم				
5- أسمع أصوات.				
6- أرى أحلاما مزعجة.				
7- اشعر بالكآبة عندما أذهب إلى النوم				
8- لا افعل ما يتبغي علي أثناء النهار				
9- توجد ضوضاء صاخبة تمنعني من النوم				
10- حجري بها إضاءة كثيرة.				
11- حجرتي حارة / باردة جدا				
12- أغط في النوم (أصدر أصوات شخير) كثيرا.				
13- أنام أثناء النهار.				
14- أتناول كثيرا من الكافيين (القهوة ،الشاي ،الشيكولاته)				
15- أدخن قبل الذهاب إلى النوم.				
16- أشرب الكحول قبل الذهاب إلى النوم				
17- ليس لدي وقت انا فيه ، ووقت أستيقظ فيه بانتظام				

				18- اقضي وقتا طويلا أرقد على السرير بدون أن أنام
				19- أذهب إلى السرير وأنا لست متعبا.
				20- أخرى (اذكرها من فضلك)
				21- أخرى (اذكرها من فضلك)
				22- أخرى (اذكرها من فضلك)

أخيرا ، تم تقديم مذكرات عن النوم ، وقدمت النصائح التي تتعلق بكيفية ملأها ، إذا رغب المريض في ذلك.على سبيل المثال ، تم تشجيع الأفراد على استكمال المذكرة في كل صباح بعد الاستيقاظ ، وشجع أيضا على تقدير أوقات النوم. اشتملت هذه المذكرات على الأسئلة التالية : متى ذهبت إلى النوم ؟ متى استيقظت من النوم في اليوم التالي ؟ كم من الوقت استغرقت حتى انخرط في النوم ؟ ما طول الفترة الزمنية التي قضيتها مستيقظا بالليل ؟ وفي نهاية كل جلسة ، قام المريض والمعالج بتلخيص النقاط الرئيسية المأخوذة من الجلسة وأهداف المهام التي تنفذ بين الجلسات ، كما تم إبراز التغذية الراجعة عن العلاج في نهاية كل جلسة.

الجلسات الثانية والثالثة : استهداف العوامل التي تبقى على النوم

Sessions 2 and 3 ; Targeting the Sleep maintenance factors

اعتمد محتوى الجلسات اللاحقة على العوامل الرئيسية لاضطراب النوم التي تم تحديدها لكل مريض ، ولقد انصب التركيز على الروتين الزمني الليلي ، النوم الصحي ، وتعلم ربط السرير مع النوم (ضبط المثير) ، ولكن من الممكن أن يشتمل أيضا على أساليب الاسترخاء ، ومراجعة المعتقدات المعينة عند النوم.

النوم الصحي Sleep Hygiene

يذكر مورين ورفاقه Morin et al. (1999) ان التربية التي تتعلق بالنوم الصحي تغطي الممارسات الصحية (مثل : التغذية أو النظام الغذائي ، التمرينات الرياضية ، وتعاطي المواد) ، والعوامل البيئية (مثل الضوء ، الضوضاء ، درجة الحرارة ، السرير المريح ، الظروف المحيطة بحجرة النوم) التي قد تكون مفيدة للنوم أو معوقة له. هذه العوامل حادة إلى الدرجة التي تجعلها هي السبب الرئيسي للأرق ، ولكنها قد تعوق عملية العلاج أو تعقد مشكلات النوم الموجودة (Manber et al., 2008). لقد تم تقديم التوصيات التالية من أجل الحصول على نوم صحي : (1) عدم شرب الكافيين قبل موعد النوم بـ 4- 6 ساعات ، والتقليل من الاستهلاك المبالغ فيه ، (2) التقليل من النيكوتين قبل النوم بـ 4- 6 ساعات ، (3) تجنب الكحول كمعين على النوم ، (4) التمرينات الرياضية المنتظمة ، ولكن ليس قبل النوم بـ 3 ساعات (5) قلل من الإضاءة المبالغ فيها (غطى) النوافذ بالستائر السميكة ، ودرجات الحرارة العالية ، والضوضاء أثناء فترة النوم ، (6) تجنب النظر إلى التقليل من النوم أثناء النهار ، والوقت الذي يقضيه الفرد في السرير بدون نوم. الشيء المدهش أن الذين لديهم مشكلات في النوم هم أكثر الناس الذين لديهم معلومات عن النوم الصحي ، إلا أنهم مازالوا ينخرطون في ممارسات غير صحيحة ، مقارنة بمن ينامون بشكل جيد(Lacks & Robert, 1996). لذا ، فإن التربية من أجل نوم صحي تهدف إلى التشجيع على هذه السلوكيات. لقد تم مناقشة النوم الصحي ، وإذا كانت هذه العوامل ذات صلة بصعوبات النوم لدى الفرد ، إذا ، يتم الاتفاق على خطة عمل خاصة في الأسبوع التالي.

العلاج النفسي لضبط المثير

Therapy Stimulus control

العلاج النفسي لضبط المثير يقوم على فكرة أن الأرق استجابة شرطية لإلماعات وقتية (وقت النوم) وبيئية (السرير / حجرة النوم) التي ترتبط عادة بالنوم (Morin et al., 1999). لذا ، فإن الشخص الذي ليس لديه قلق ، لديه استجابة شرطية للنوم بالماعات خاصة بوقت النوم وحجرة النوم. إن العلاج النفسي لضبط المثير يهدف إلى

تدريب الفرد على إعادة ربط وقت النوم ، والسرير ، وحجرة النوم بالبدء السريع في النوم ؛ وهذا يحدث من خلال تغيير الأنشطة التي تتعارض مع النوم ، والتي تعمل كإلماعات للبقاء مستيقظا ، على سبيل المثال ، في مشاهدة التلفاز ، واستخدم التليفون في السرير أو استخدام السرير لأنشطة أخرى أثناء اليوم. يفترض مورين ورفاقه Morin et al. (2004) وإيسباي Espie (2206) أن العلاج النفسي لضبط المثير يتكون من الآتي : (1) اذهب إلى السرير فقط عندما تشعر بالحاجة إلى النوم ، (2) لا تستخدم السرير أو حجرة النوم إلا للنوم أو الجماع ، (3) انهض من على سرير واخرج إلى حجرة أخرى إذا لم تستطع النوم ، أو عد إلى النوم بعد 15 – 20 دقيقة ؛ ولا تعود إلا إذا كنت تشعر بالحاجة إلى النوم ، (4) حافظ على وقت تستيقظ فيه في الصباح بغض النظر عن فترة النوم في الليلة السابقة ، (5) اجعل النافذة مفتوحة لمدة 90 دقيقة قبل مودع النوم ، (6) تجنب النوم نهارا.

تمت المناقشة مع الشخص حول هذه ، وتم التخطيط على وقت يستيقظ فيه الرد. تم توليد الأفكار حول كيفية الحفاظ على وقت الاستيقاظ ، وتجنب النوم أثناء النهار ، كما تم الحديث عن أي معوقات للحفاظ على عادات النوم هذه. هذا العمل من ضبط المثير يعتبر هو العنصر الرئيسي للعلاج النفسي.

الاسترخاء Relaxation

يرتبط الأرق بالمستويات العليا من الإثارة الجسمية والمعرفية ، خلال الليل والنهار (Morin et al, 1999). عندما كانت هناك ضرورية ، تم إعطاء الأفراد أسطوانة ، ومخطوطة عند الاسترخاء العضلي ، التأمل في التشخيص الجسمي ، واستخدم التخيل للاسترخاء ، وطلب من الأفراد ممارسة الاسترخاء يوميا ، وتسجيل الممارسة اليومية في المذكرة الخاصة بالاسترخاء.

هذا العنصر المعرفي من التدخل كان الهدف منه مراجعة المعتقدات والاتجاهات غير المفيدة عن النوم. على سبيل المثال ، الاعتقاد بأن الشخص لابد أن ينام 8 ساعات في الليلة ، أو المعتقدات الكوارثية عن تأثير قلة النوم على الجسد أو على الأداء. تم تحديد المعتقدات غير المفيدة لعمل صياغة مصغرة ، توضح كيف أن هذه المعتقدات تؤدي في الغالب إلى زيادة الإثارة ، مما يجعل من الصعب على الشخص أن ينام. ثم ، تمثل الهدف بعد ذلك في تكسير هذه الدورة باستخدام إعادة البناء المعرفي وتحويل الانتباه.

الجلسة الرابعة : المراجعة والوقاية من الارتداد

Session 4: review and Relapse Prevention

اشتملت الجلسة الأخيرة على مناقشة ما تم تعلمه في المنهج العلاجي ، والتقدم نحو تحقيق الأهداف ، وخطة الوقاية من الارتداد. لذا ، فإن الجلسة قد غطت الآتي : العوامل التي تبقى على مشكلات النوم ؛ مراجعة الأهداف والتقدم في الأهداف ؛ الأساليب التي كانت مفيدة ؛ الإستراتيجيات التي تساعد على الاستمرار في العمل ، وإعداد خطة للوقاية من الارتداد. كما تم إبراز التغذية الراجعة العامة عن العلاج النفسي.

المثال الإكلينيكي من الدراسة الاستطلاعية

A Clinical Example from the Pilot Study

مدام (أ) سيدة تبلغ من العمر 28 عاما ، تبين – وفقا للتشخيص – أن لديها الشيزوفرنيا البارانويدية ، وقد انتقلت إلى المملكة المتحدة من أفريقيا مع أسرتها عندما كانت في الثالثة من عمرها. وفي المدرسة الثانوية. أعلنت عن صعوبات مع رفاقها ،وقد أرجعت ذلك على عدم أدائها بشكل جيد. لقد مرت بخبرة التأسد سواء عليها من قبل الآخرين ؛ أو منها تجاه الآخرين ، وعندما بلغت سن المراهقة وقعت في جريمة بسيطة ،

وفي سن 14 عاما ، وقعت في الاعتداء مما جعلها توضع في السجن لمدة 9 أشهر ، وأثناء هذه الفترة مرت بخبرة الاكتئاب ، صعوبات النوم بما في ذلك الأحلام المزعجة ،وبدأت إيذاء الذات بعدما رأت البنات في السجن يفعلن ذلك. ولقد تم الاعتداء عليها وهي في السجن ، وبعد هذه الأحداث بدأت في تعاطي الحشيش في محاولة منها لنسيان هذه الخبرات.

وفي نهاية مرحلة المراهقة ، بدات تظهر عليها علامات الأفكار البارانويدية التي تشتمل على الاعتقادات بأن الناس الذين تعرفهم ، وأفراد أسرتها يريدونها أن تموت. كما أنها كانت تسمع أصوات ، تأمرها بأشياء سيئة. إن هذه الأفكار البارانويدية قد أدت إلى قطيعة بينها وبين أسرتها ، حيث خرجت من بيت الأسرة وأحيلت إلى فريق الصحة العقلية من عيادة الطوارئ في المستشفى بعدما أخذتها الشرطة إلى هناك بعد حادث سطو بالإكراه. وفي وقت الحالة إلى دراسة الأرق ، كانت تعالج باستخدام عقار ريسبيريدون ، يؤخذ عن طريق الفم يوميا (ولم يتغير أثناء العلاج والمتابعة) ، إلا أنها لم تخضع من قبل للعلاج النفسي.

أثناء التقييم ، وصفت مشاعر البارانويا ، وسماع الأصوات التي لم تكن متأكدة مما إذا كانت داخل رأسها أم خارجه. لقد ساعدتها العلاج الدوائي المضاد للذهان على النوم لفترة أطول ، ولكن مازالت تعاني من قلة النوم ، حيث كانت لا تنام إلا بعد ساعة أو ساعتين من محاولة النوم ، كما كانت من تعاني من كثرة الاستيقاظ ليلا وكانت تحاول تعويض ذلك بأن تجلس في السرير إلى وقت متأخر من الصباح ، وتنام بالنهار. لقد بدت قلقة أثناء التقييم ؛ ولا تتواصل بالعين مع أحد. كما وجدت من الصعوبة الحديث عن الأوهام والخبرات الماضية ، حيث ذكرت أن هذا مدعاة للحزن والقلق. ومع ذلك ، عبرت عن مستوى مرتفع من الاهتمام بالحديث عن العلاج النفسي ، وعبرت عن تحمسها للمساعدة في التغلب على صعوبات النوم.

التقييم Assessment

تم عمل تقييمين في الخط القاعدي ، أحدهما قبل العلاج بأسبوعين ، والآخر قبل البدء في العلاج مباشرة. اشتمل التقييم على مقاييس معيارية للأرق ، الأوهام الاضطهادية ، والاكتئاب ، والقلق. لقد تم تقييم النوم باستخدام مؤشر حدة الأرق (Bastien et al., 2001) ومؤشر جودة النوم لبيتسبرج(Buysse et al, 1988). هذان المقياسان أظهرا أن مدام (أ) كانت تمر بخبرة الأرق الإكلينيكي المتوسط ، واضطراب في النوم.

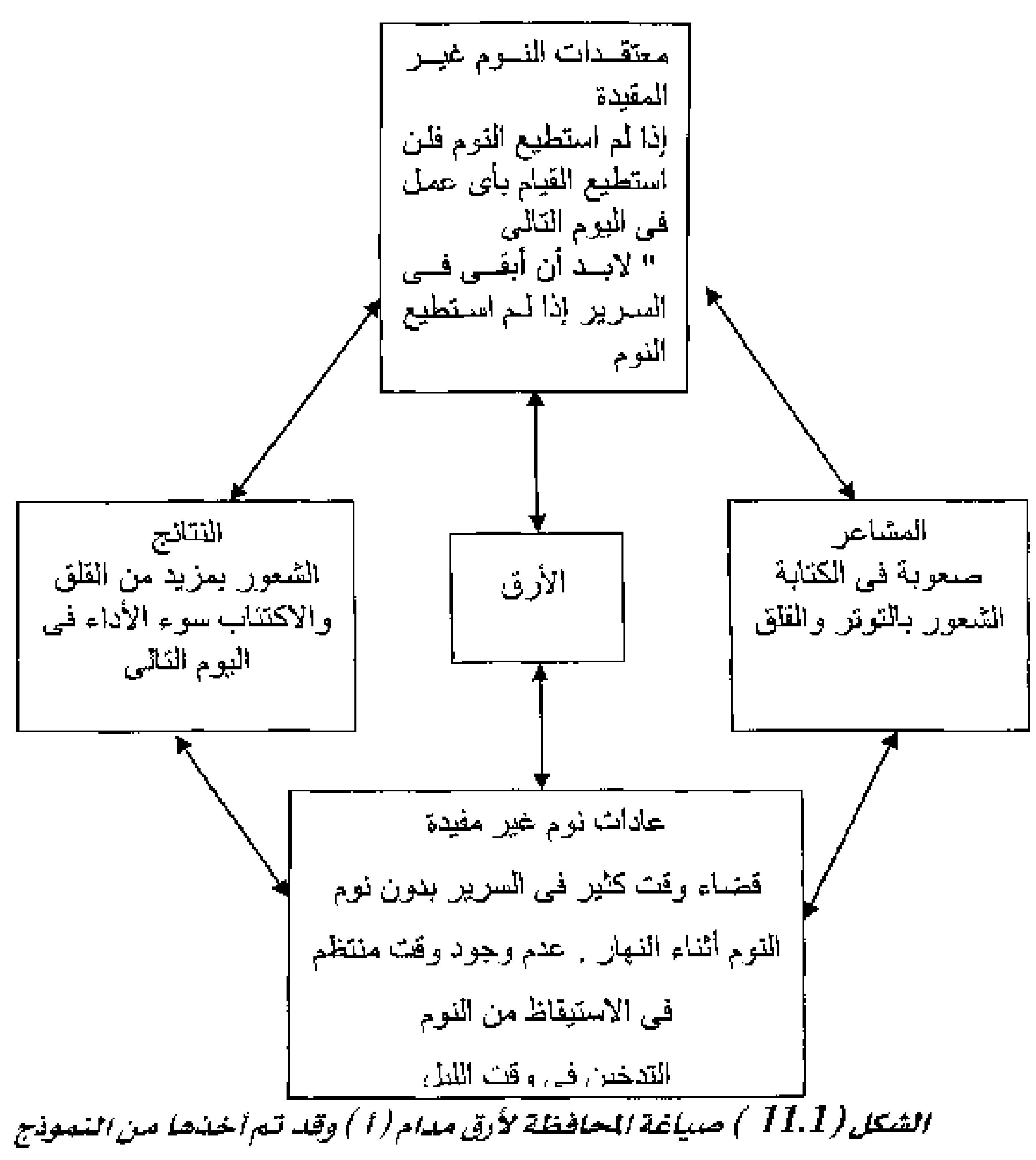
كما تم تقييم الأوهام من خلال المقابلة ، مقياس تقدير الأعراض الذهانية : المقياس الفرعي للأوهام (Haddock et al., 1999). وهذا قد أشار إلى أن مدام (أ) كانت تمر بخبرة الأوهام الاضطهادية بنسبة 70٪ من الاقتناع. كما تم أيضا تقييم الأفكار البارانويدية باستخدام مقاييس الأفكار البارانويدية (Green et al., 2008) ، التي تحتوي على أفكار الاضطهاد والإحالة ومقياس الإدراك المتشابه لكارديف (Bell et al., 2006) ، والذي صمم لتقييم المتشابهات الإدراكية مثل التغيرات في مستويات الحدة الحسية ، تشوش العالم الخارجي ، والفيضان الحسي ، والهلوسات.

بالإضافة إلى ذلك ، فقد تم تقييم الاكتئاب والقلق باستخدام مقاييس القلق والاكتئاب والضغوط (Lovibond & Lovibond, 1995). حصلت مدام (أ) على درجة اكتئاب 29 من 42 ، ودرجة قلق 26 من 42. لقد كانت الدرجات في التقييمين الأولين (الخط القاعدي) متشابهين ، مما يشير إلى الثبات في النوم والأوهام قبل التدخل.

التدخل Intervention

الجلسة (1) Session 1

بعد وضع الأجندة للجلسة ، يتم تقديم العرض النفسي – التربوي عن الأرق لتطبيع وتكييف أي معتقدات غير مفيدة عن النوم ، حيث كان لدى مدام (أ) معتقد بأنها تحتاج إلى أن تنام 8 ساعات في الليلة ، لذا فهي تحاول التعويض في اليوم التالي إذا لم تستطع النوم ليلا. قمنا باستكشاف ذلك من خلال النظر إلى التباين في النوم المطلوب لدى الكبار بمعنى 4 – 10 ساعات نوم كل ليلة. لقد أثار هذا التباين الدهشة لدى مدام (أ) واستطاعت التفكير في الوقت عندما لم تنم نوما كافيا ، واستطاعت أن تحيى حياة طبيعية في اليوم التالي. ولقد تم مناقشة أسباب صعوبات النوم ، وتلك العوامل العديدة التي قدت مضجع مدام (أ) (انظر الشكل 11 – 1) ، واشتمل ذلك على : المعتقدات غير المفيدة عن النوم (مثلا : إذا لم أستطع النوم ، فلن أؤدي بشكل جيد أي عمل في اليوم التالي " ، " لن أستطيع النوم " ، " لابد أن أبقى في السرير إذا لم أستطيع النوم ") ، الشعور بالقلق والتوتر عند محاولة النوم ، عدم وجود نظام متبع في الاستيقاظ من النوم ، قضاء وقتا طويل في السرير بدون نوم ، التدخين بالليل ، وعدم النشاط الكافي أثناء النهار. ونتيجة لذلك شعرت مدام (أ) بمزيد من القلق والاكتئاب ، ولم تقم إلا بعمل قليل خلال النهار. من هذه المعلومات ، تم وضع صياغة مشترك (انظر الشكل 11.1).



الشكل (11.1) صياغة المحافظة لأرق مدام (أ) وقد تم أخذها من النموذج التكاملي للأرق المزمن

Source : Morin, 2002

عند استنشاق هذه المعلومات بشكل مشترك ، شعرت مدام (أ) أن هذا قد ساعدها على كيفية التعامل مع مشكلات النوم. لقد تحدثنا عن تكسير الدورة السالبة من خلال الإمساك بكل مظهر ، على سبيل المثال تعلم عادات نوم جديدة ومفيدة ، وممارسة الاسترخاء ، تحدي معتقدات النوم غير المفيدة ، وأن يصبح الفرد أكثر نشاطا. من العوامل التي تم تحديدها على أنها تحدث اضطرابا للنوم ، تحدثنا عن تلك التي تريد

مدام (أ) أن تضعها في الأولويات ، ونثق في نفعها. ومن ثم حددنا الأهداف العلاجية التالية المرتبطة بالنوم :

1- نظام زمني منتظم للنوم ، وموعد منتظم للاستيقاظ من النوم.
2- تقليل الوقت الذي تقضيه في السرير في غير موعد النوم.
3 - تقليل التدخين في وقت النوم.
4- تعلم الاسترخاء.
5- النشاط أثناء النهار.

وأخيرا ، تم تقديم المذكرات عن النوم ، وتم مناقشتها مع مدام (أ) وما إذا كانت ستحتفظ بها خلال فترة التدخل لتعطي مزيدا من المعلومات عن الأنماط الحالية للنوم ، ومراقبة التقدم. ثم قامت مدام (أ) والمعالج بتلخيص الجلسة ، والنقاط التعليمية الرئيسية ، وتم إبراز التغذية الراجعة ، وتم إعطاء مدام (أ) كتيب عن الجلسة الأولى (والذي يحتوي على مذكرات النوم) للقراءة قبل الجلسة القادمة لتعزيز ما تم تغطيته في الجلسة ، واستمرت الجلسة لمدة ساعة.

الجلسة (2) Session 2

في الجلسة الثانية ، قمنا بمراجعة المذكرة الخاصة بالنوم (انظر جدول 11.2) وكيف أنها تتناسب مع الصياغة والأهداف من الجلسة السابقة. تم استخدام المذكرة لتوجيه اكتشاف العوامل التي أسهمت في صعوبات النوم. أشارت مدام (أ) إلى أنها قد وجدت من الصعوبة معرفة المدة التي استغرقتها حتى تخلد إلى النوم ، والمدة التي تظل فيها مستيقظة في كل ليلة ، وتم طمأنتها مرة أخرى أن هذا مجرد تقدير تقريبي لتقدير الأنماط الحالية للنوم وتتبع التقدم أثناء فترة العلاج. ومن خلال المذكرة ، لاحظت مدام (أ) أن نمط النوم ليس منتظما ، وشعرت بالإحباط ، حيث إنها تقضي فترات طويلة في السرير قبل أن تخلد إلى النوم ، وأنها تستيقظ أثناء الليل. تأملنا معا في أسباب هذا النمط غير المنتظم للنوم من خلا ل مراجعة صياغة المحافظة من الجلسة (أ) وكيف أنها تسعى للسيطرة على ذلك.

جدول (11.3) مذكرة النوم بعد الجلسة (3)

مذكرة النوم (3)	اليوم 1	اليوم 2	اليوم 3	اليوم 4	اليوم 5	اليوم 6	اليوم 7
1- كم عدد الساعات التي نمت فيها تقريبا ؟	8 ساعات	7.30 ساعة	8 ساعات	7 ساعات	8.30 ساعات	8.30 ساعة	7.30 ساعة
2- متى تذهب إلى السرير للنوم ؟	الساعة 11.30 مساء	الساعة 12.30 صباحا	في منتصف الليل	في منتصف الليل	في منتصف الليل	الساعة 11.30 صباحا	في منتصف الليل
3- ما طول الفترة الزمنية التي تستغرقها لكي تخلد إلى النوم ؟	5 ساعات	5 ساعات	صفر ساعة	ساعة	5 ساعات	5 ساعات	5 ساعات
4- ما طول الفترة الزمنية التي بقيت فيها مستيقظا بالليل ؟	5 ساعات	5 ساعات	5 ساعات	5 ساعات	5 ساعات	5 ساعات	5 ساعات
5- متى استيقظت في صبحة اليوم التالي ؟	الساعة 8.30 صباحا	الساعة 9 صباحا	الساعة 8.30 صباحا	الساعة 8.30 صباحا	الساعة 9.30 صباحا	الساعة 8.30 صباحا	الساعة 8.30 صباحا

ثم تناقشنا في النوم الصحي ، وحددنا المظاهر ذات الصلة بالنسبة لمدام (أ) ، ولقد أدركت أن عادات النوم غير المفيدة لديها تشتمل على : التدخين قبل النوم وهي تحاول النوم ، قلة التدريبات الرياضية المنتظمة ، وقلة النشاط أثناء النهار ، والنوم أثناء النهار ، وضعنا أهدافا للأسبوع القادم ، بحيث نسعى لتحقيقها. مدام (أ) تدخن سيجارة أو اثنين كل ليلة ، وترغب في أن تقلل ذلك إلى نصف سيجارة قبل الساعة التاسعة مساء. وتم التخطيط للخروج للمشي كل يوم لمدة 20 – 30 دقيقة ، وعدم النوم أثناء النهار ، وعدم الكلام في الموبايل أو إرسال رسائل عبر الموبايل وهي في السرير. كما قمنا باستخدام جدول النشاط لمساعدتها على تسجيل المشي كل يوم ، ولمعرفة ما إذا كانت قد نامت أثناء النهار أم لا ، والأنشطة التي قامت بها بدلا من النوم بالنهار. وافقت مدام (أ) على ترك الموبايل في حجرة أخرى لمنع الإغراء بالتحدث في الموبايل أو إرسال رسائل عبر الموبايل ، كما استدعى ذلك أن تستخدم منبه بدلا من الموبايل لإيقاظها في الصباح.

وأخيرا ، بدأنا النظر إلى قواعد ضبط المثير. أدركت مدام (أ) أن تقليل الوقت الذي تقضيه في السرير سوف يكون مفيدا لها. أعطيت مدام (أ) اسطوانة للاسترخاء لتستخدمها بشكل روتيني كل يوم. قامت مدام (أ) باختيار وقت منتظم للاستيقاظ ، وهو الساعة 8.30 صباحا ، وتذهب إلى النوم في منتصف الليل ،وذلك على حسب كونها متعبة أم لا. كما خططنا أن تجرب قانون العشرين دقيقة. فبدلا من الرقود في السرير والشعور بالإحباط ، والقلق بشأن النوم ، أوصينا أن تترك السرير بعد 20 دقيقة إذا لم تستطيع الخلود إلى النوم ، وتفعل شيئا آخر من قبيل الاسترخاء حتى تشعر بالتعب ، وتعود إلى السرير مرة أخرى. ليس لدى مدام (أ) سوى حجرة واحدة ، ومن ثم وافقنا أن تخرج من السرير وتقرأ مجلة أو كتاب على أحد المقاعد الموجودة في حجرتها وتعود إلى السرير متى شعرت بالحاجة إلى النوم. قامت بمراجعة الجلسة ، وتم إعطاؤها الكتيب الثاني ، وفيه ملخص عن أهداف الأسبوع القادم.

الجلسة (3) Session 3

ثم مراجعة آخر مذكرة عن النوم والأساليب التي تحدثنا عنها الجلسة السابقة. ومن مذكرة النوم ، هناك تحسينات في نوم مدام (أ) ، والتي أرجعتها إلى استخدام الأسلوب الجديد في الحياة ، واسطوانة الاسترخاء ، وعدم استخدام التليفون في السرير ، وقلة التدخين أثناء الليل (نصف سيجارة قبل الساعة 9 مساء). لقد كان المعالج مشجعا على هذه التغيرات ، كما تحدثنا عن الصعوبات الموجودة في العمل. فقد وجدت من الصعوبة عدم النوم بالنهار ، وأن تستيقظ الساعة 8.30 صباحا في الأيام التي لم تنم فيها بشكل جيد ، وأن تقوم بأداء قانون العشرين دقيقة. قمنا باستراتيجيات حل المشكلات لمساعدتها على عدم النوم أثناء النهار ، وأن تستيقظ في الساعة 8.30 صباحا ، واشتملت هذه الاستراتيجيات على الخروج للمشي ، الاستحمام ، الذهاب إلى السوق ، أو القيام بالأعمال المنزلية ، تناول وجبة فطور جيدة ، واتباع روتين يومي جيد. قمنا بتسجيل هذه الخطة في جدول النشاط الذي معها ذكرت مدام (أ) أنها وجدت صعوبة في قانون العشرين دقيقة لأن من الصعب عليها تقدير العشرين دقيقة ، وأحيانا يكون الجو باردا في حجرتها. اتفقنا على أن تنهض من السرير إذا شعرت بالقلق والإحباط بسبب عدم النوم، عندما نهضت من على سريرها ، أخذت معها بطانيتين لتغطي بهما نفسها وهي جالسة على الكرسي نظرا لبرودة الجو في الحجرة.

ثم تم استخدام إعادة البناء المعرفي ، الحوار السقراطي ، والاكتشاف الموجه للتعامل مع بعض المعتقدات غير المفيدة ذات الصلة بالنوم ، فقد كانت تعتقد أنه إذا لم تنم جيدا ، فلن تستطيع القيام بأي عمل في اليوم التالي ، وأن بقاءها في السرير سيكون مفيدا إذا لم تستطيع النوم. قمنا باستكشاف إلى أي مدى تكون متعبة بعد البقاء يوما في السرير مقابل النشاط طوال اليوم ، وتأثير النشاط على التعب ، وحددنا بعض الأيام التي استطاعت فيها القيام بالمهام.

على الرغم من قلة النوم في الليلة السابقة. أدركت مدام (أ) أنها تشعر أكثر بالتعب عندما تمكث لفترة طويلة في السرير، وبعد النوم بالنهار، ولكن تشعر بقليل من التعب بعد الاستيقاظ والنشاط في الصباح، وهذا قد ساعد على تعزيز أهدافها والمتمثلة في الوقت المحدد، وعدم النوم أثناء النهار. وأخيرا، طلب من مدام (أ) تلخيص الجلسة وخطتها للأسبوع القادم وسوئلت عن التغذية الراجعة عن الجلسة.

الجلسة (4) Session 4

في الجلسة الأخيرة، راجعنا آخر مذكرة للنوم (انظر جدول 11.3)، وناقشنا، وقمنا بتطبيق حل المشكلات باستخدام الاستراتيجيات من الجلستين السابقتين، وقمنا بتلخيص خطة الوقاية من الارتداد. لقد كانت مدام (أ) أكثر قدرة على البقاء على وقت منتظم للاستيقاظ، وعدم النوم أثناء النهار بعد حل المشكلات في الجلسة السابقة. قمنا بمراجعة وتسجيل خطة واستراتيجيات الارتداد التي وجدتها مفيدة، على سبيل المثال، الاسترخاء، وتنظيم وقت الذهاب إلى النوم، ووقت الاستيقاظ من النوم. كما تم مناقشة تلك الاستراتيجيات التي وجدتها أقل فائدة، أو لم تستطع تطبيقها، واشتملت على قانون العشرين دقيقة. قامت مدام (أ) بالتخطيط للاستمرار في هذه الاستراتيجيات وإذا مرت باضطرابات نوم في المستقبل، تعود إلى هذه الاستراتيجيات، وتراجع الكتيبات من الجلسات. ومع ذلك، كانت قلقة عما إذا كانت ستحقق نجاحا بدون مراقبة وملاحظة من المعالج وتحدثنا أيضا عن الحلول المكنة. كما تحدثت عن التدخلات مع منسقة الرعاية، وكانت تخبرها بما تحقق من تقدم. كل هذه التأملات والخطط تم تسجيلها في خطة الوقاية من الارتداد التي قمنا باستكمالها في الجلسة. وفي نهاية العلاج، طلب من مدام (أ) تقديم التغذية الراجعة عن خبرتها بالعلاج، حيث أعلنت أن العلاج كان مفيدا، وأنه حسن من نومها، ومزاجها. بعد التدخل، أعلنت مدام (أ) أنها شعرت بالتحسن في ذاتها، وشعرت بأنها أكثر قدرة على التحكم في نومها.

جدول (11.3) مذكرة النوم بعد الجلسة (3)

مذكرة النوم (3)	اليوم 1	اليوم 2	اليوم 3	اليوم 4	اليوم 5	اليوم 6	اليوم 7
1- كم عدد الساعات التي نمت فيها تقريبا ؟	8 ساعات	7.30 ساعة	8 ساعات	7 ساعات	8.30 ساعات	8.30 ساعة	7.30 ساعة
2- متى تذهب إلى السرير للنوم ؟	الساعة 11.30 مساء	الساعة 12.30 صباحا	في منتصف الليل	في منتصف الليل	في منتصف الليل	الساعة 11.30 صباحا	في منتصف الليل
3- ما طول الفترة الزمنية التي تستغرقها لكي تخلد إلى النوم ؟	5 ساعات	5 ساعات	صفر ساعة	ساعة	5 ساعات	5 ساعات	5 ساعات
4- ما طول الفترة الزمنية التي بقيت فيها مستيقظا بالليل ؟	5 ساعات	5 ساعات	5 ساعات	5 ساعات	5 ساعات	5 ساعات	5 ساعات
5- متى استيقظت في صبحة اليوم التالي ؟	الساعة 8.30 صباحا	الساعة 9 صباحا	الساعة 8.30 صباحا	الساعة 8.30 صباحا	الساعة 9.30 صباحا	الساعة 8.30 صباحا	الساعة 8.30 صباحا

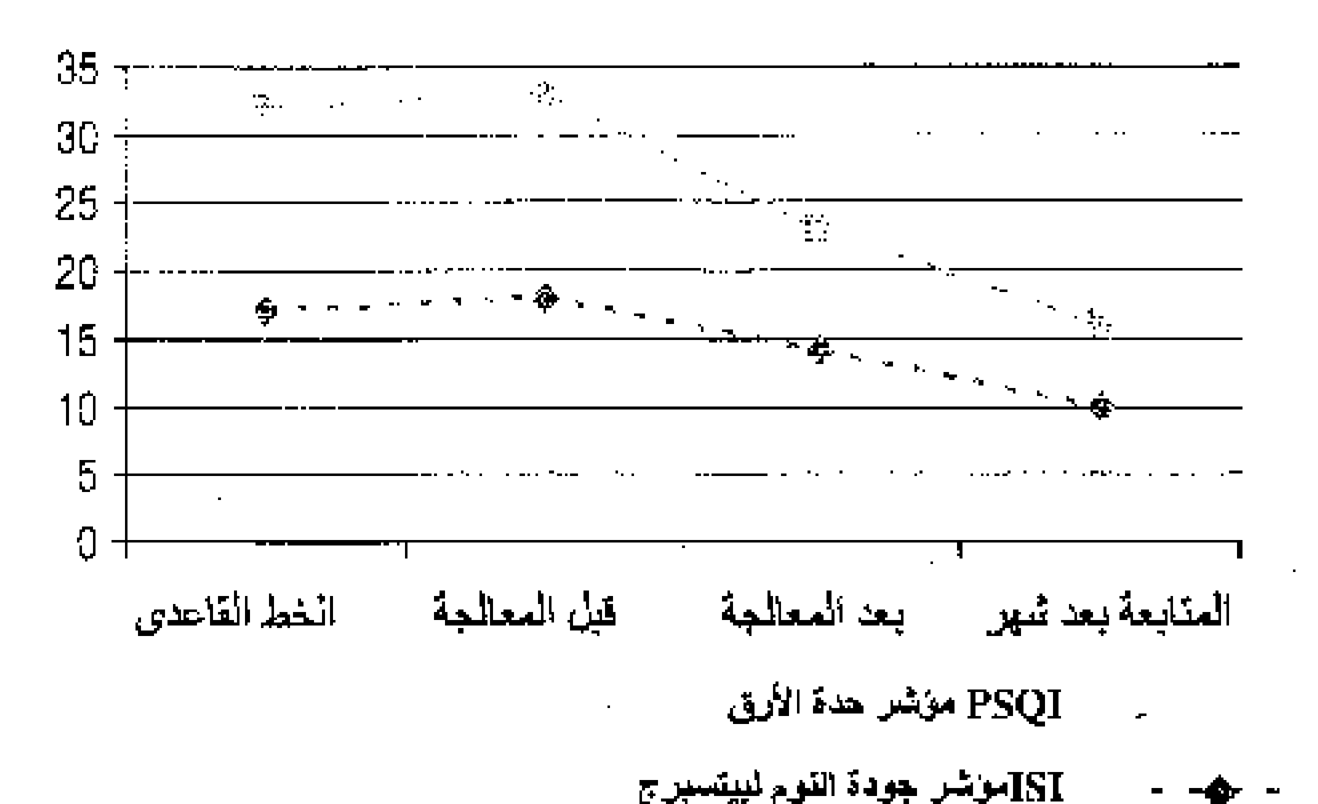
النتيجة outcome

في القياس البعدي والتتبعي ، حدث تناقص في الأرق لدى مدام (أ) إلى مستوى " العتبة " وذلك من خلال مؤشر حدة الأرق (Bastien et al, 2001) ، كما لم يوجد أي اضطراب في النوم خلال الدرجة على مؤشر جودة النوم لبيتسبرج (Buysse et al., 1988). (انظر الشكل 11.2). هناك تحسنا كبيرا في مستويات الأرق.

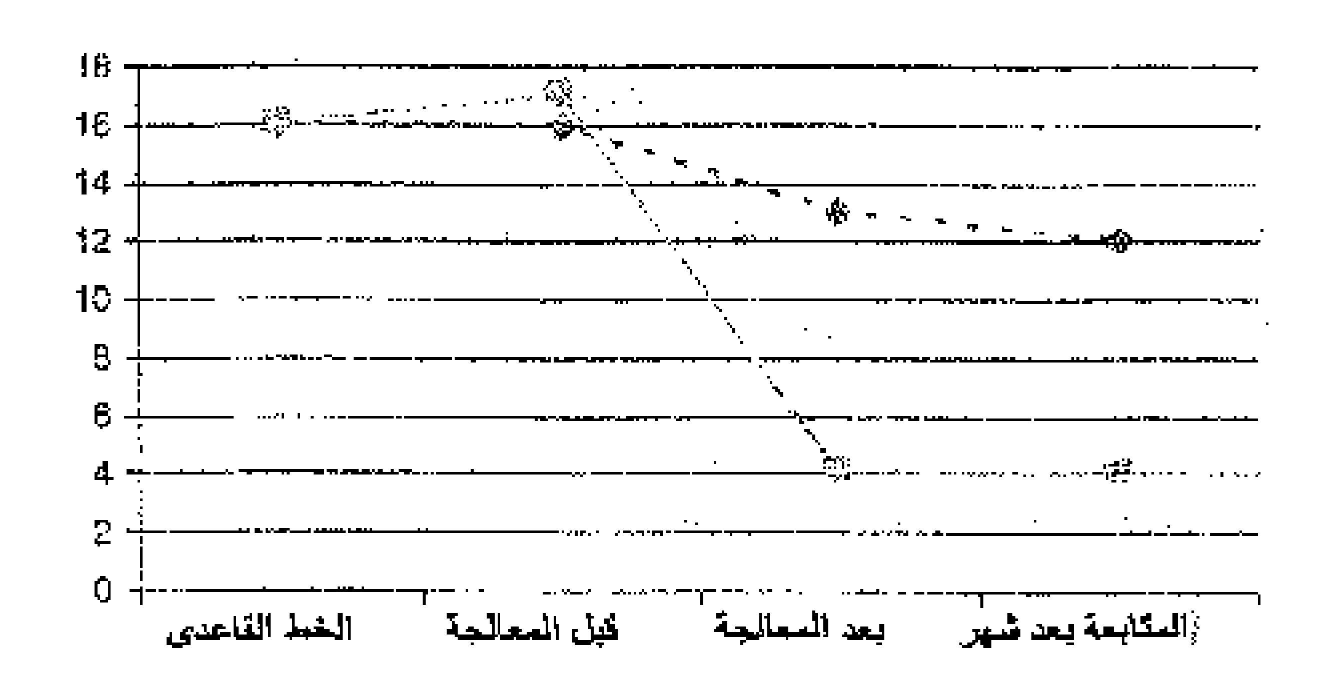
كما تم تقييم الأوهام الاضطهادية باستخدام مقياس تقدير أعراض الذهان (Haddock et al, 1999)، ومقاييس الأفكار البارانويدية(Green et al, 2008).

وكما هو واضح من الشكل (11.3) ، (11.4) ، فإن هناك تناقص في الأوهام الاضطهادي ، بالإضافة إلى التناقص في الخبرات المتشابهة وفقا لمقياس إدراك التماثل لكارديف بعد التدخل.

كما تبين أن هناك تناقض في درجات الاكتئاب (القلق وفقا لمقاييس الاكتئاب ، والقلق ، والضغوط (Lovibond & Lovbond, 1995) من القياس القبلي إلى القياس البعدي (انظر الشكل 11.5).



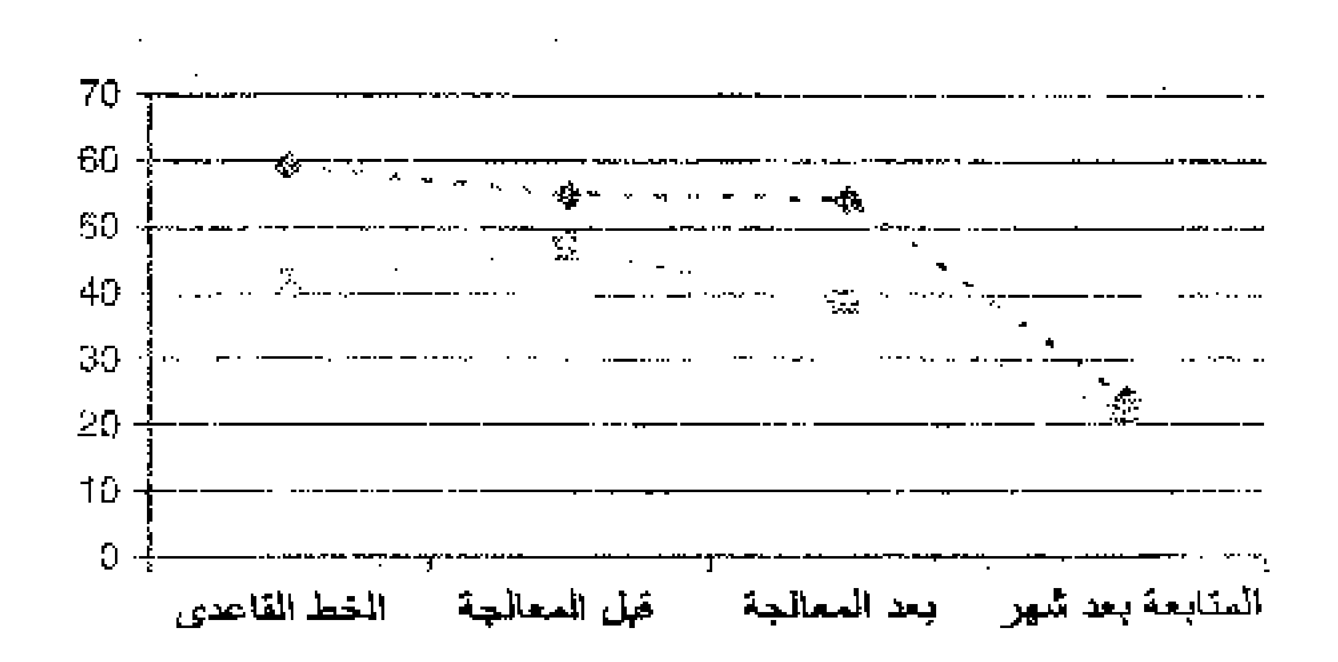
الشكل (11.2) الدرجات على مؤشر حدة الأرق ، ومؤشر جودة النوم لبتسبرج في الخط القاعدي ، وقبل المعالجة ، وبعد المعالجة ، وفي التتبعي.



CAPSمقياس إدراك التشابه لكارديف

PSYRATSمقياس تقدير الأعراض الذهانية ، المقياس الفرعي للأوهام

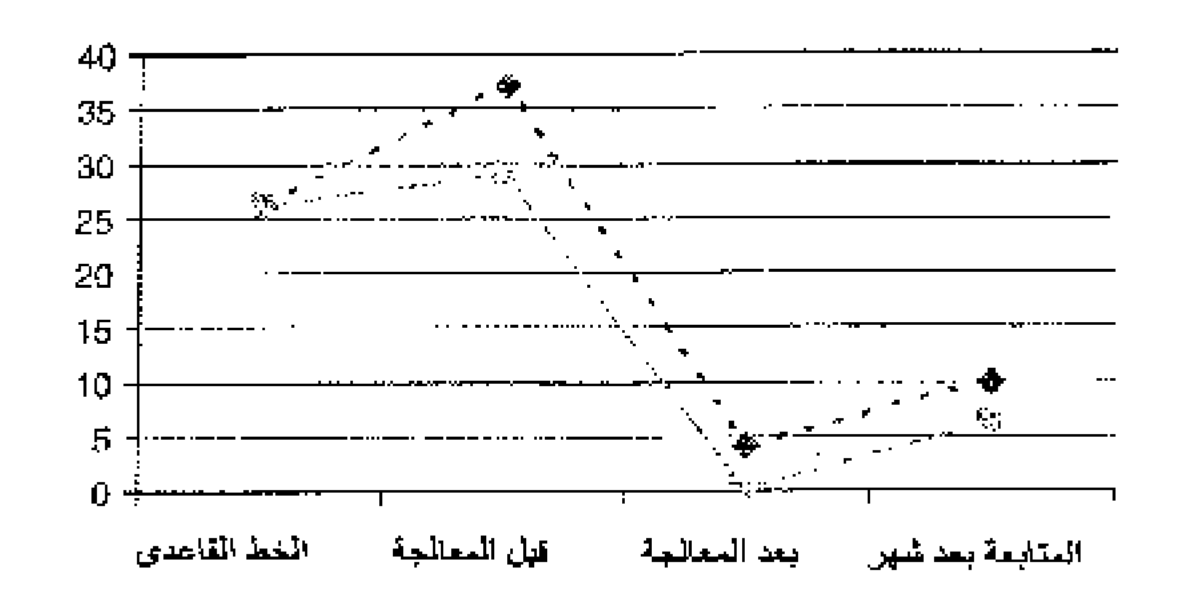
الشكل (11.3) الدرجات على مقياس تقدير الأعراض الذهانية ، المقياس الفرعي للأوهام ، ومقياس إدراك التشابه لكارديف في الخط القاعدي ، المعالجة القبلية ، المعالجة البعدية ، وفي التتبعي.



G_PTS A الدرجات على مقاييس الأفكار البارانويدية لجرين ورفاقه

G_PTS B الدرجات على مقاييس الأفكار البارانويدية لجرين ورفاقه

الشكل (11.4) الدرجات على مقاييس الأفكار البارانويدية لجرين ورفاقه في الخط القاعدي قبل المعالجة ، بعد المعالجة ، وفي التتبعي.



الشكل (11.5) درجات الاكتئاب والقلق كما تقاس بمقاييس الاكتئاب ، والقلق ، والضغوط في الخط القاعدي ، قبل المعالجة ، بعد المعالجة ، وفي التتبعي.

مناقشة عن دراسة الحالة Case Study Discussion

دراسة الحالة هذه لخصت تدخل العلاج السلوكي المعرفي للأرق ، مكون من أربع جلسات لمدام (أ) البالغة من العمر 28 عاما ، ولديها وفقا للتشخيص الشيزوفرنيا البارانويدية ، والأرق المصاحب لها. ولقد بني التدخل على الأساليب المعيارية للعلاج السلوكي المعرفي للأرق والتي تقوم على وجود الأدلة ، والتي تم أيضا تكييفها للأفراد ذوي الأوهام الاضطهادية. في التقييم ، أعلنت مدام (أ) عن قلقها بشأن نيات الآخرين لإلحاق الأذى بها ، وعن سماعها للأصوات ، وأن لديها تاريخ من الأرق. وفي الجلسة الأولى ، تم تقديم عرض نفسي – تربوي عن صعوبات النوم ، وتم المناقشة فيه. كما تم تحديد عوامل الإبقاء على الأرق لدى مدام (أ) وتم صياغة هذه العوامل ، والتي أدت إلى الأهداف العلاجية المرتبطة بالنوم. أما الجلستان الثانية والثالثة ، فقد تحدثنا عن النوم الصحي ، ضبط المثير ، الاسترخاء ، وإعادة البناء المعرفي للمعتقدات المقيدة المرتبطة بالنوم. أما الجلسة الأخيرة ، فقد راجعت التقدم والصعوبات في تطبيق

استراتيجيات النوم ، خطة الوقاية من الارتداد. تم عمل تقييمات في الخط القاعدي ، قبل المعالجة ، بعد المعالجة ، وفي المتابعة بعد شهر. وبعد انتهاء التدخل ، أظهرت التقييمات – عن تحسن دال في أعراض الأرق ، البارانويا ، القلق والاكتئاب.

وفي العلاج ، كانت مدام (أ) قلق في البداية ، ولكن تم إثارتها وزيادة دافعيتها نظرا لأنها كانت تعاني من صعوبات النوم ، وأدركت أنه عندما لم تستطع النوم ، فإن ذلك يؤثر سلبا على مزاجها ، وقدرتها على تنفيذ المهام أثناء النهار. لقد اكتسبت تبصرات عن الأوهام التي لديها ، ولكن وجدت صعوبة في الحديث عنها تفصيليا. ومع ذلك ، نظرا لأن التركيز قد انصب على الأرق ، لم تكن هناك حاجة للحديث بعمق عن الأوهام التي لديها.

لقد غطى التدخل عددا من استراتيجيات النوم ، التي كانت تحتاج إلى تغيرات في السلوك والمعتقدات. فمن خلال الاكتشاف الموجه ، والصياغة ، أصبحت مدام (أ) على وعي بأن روتينها السابق لم يكن مفيدا فيما يتعلق بأنماط النوم لديها لأنها كانت تقضي فترات طويلة من الوقت في السرير بدون نوم ، وهذا جعلها أكثر تعبا ، وزاد من ضعف مزاجها وقلقها ، كما شعرت بالإحباط من عدم قيامها بالمهام في صبيحة اليوم التالي ، وهذا كله دفعها للتغيير. نظرا لأننا كنا نغطي عددا من الاستراتيجيات في فترة زمنية قصيرة ، كان من الضروري استخدام الملخصات المتكررة داخل الجلسات ، نراجع من أجل الفهم ، ونستخدم الكتب التي وضعناها حديثا بجانب العلاج. هذه الكتيبات كان بها جزء يقوم المريض بالكتابة فيها لتسجيل ما تم الحديث عنه في الجلسة ، ووضع الخطة للأسبوع التالي ، وقد وجدت مدام (أ) ذلك مفيدا ، حيث يذكرها بالجلسات. لقد كان اختيار أربع جلسات حتى لا يصبح التدخل عبئا على المريض ، وأن يكون العمل منصب على النوم. ومع ذلك ، كان هناك قصور واضح في الوقت لتقديم التدخل ، والسماح بالوقت الكافي لتحقيق التغيرات السلوكية وإعادة البناء المعرفي. لقد رأينا بعد الدراسة الاستطلاعية ، والتعليقات التي شجعنا عليها المريض ، أن ست جلسات أفضل ، وتسمح بمزيد من الوقت لإحداث التغيير ، وتغطية الاستراتيجيات بسرعة معقولة ، وحل المشكلات ، وإعادة البناء المعرفي.

وبوجه عام ، وجدت مدام (أ) التدخل مفيداً ، حيث سمحت لها الاستراتيجيات بالسيطرة على نومها. فقد أعلنت عن تحسن دال في نومها وكذلك في مزاجها ، واندهشت من أنه قد أصبح لديها روتين منتظم للنوم يؤثر على شعورها طول اليوم ، إلا أنها كانت قلقة بشأن كيفية تطبيق ما تعلمته بعد انتهاء الجلسات ، وهذا تم مساعدتها فيه من خلال إعداد خطة للوقاية من الارتداد ، ولكن تم التأكيد مرة أخرى على فوائد دمج جلسات إضافية في التدخل.

الخلاصة Summary

هذا الفصل قدم استعراضاً لمجال التدخل الإكلينيكي المهم للأفراد الذهانيين : وهو اضطراب النوم. البحوث التي تتعلق بعلم الأمراض حدوث علاقات وثيقة بين الأرق والبارانويا ؛ حيث يعلن المرضى عن صعوبات في النوم. تشير أعمالنا إلى أن الأرق يمكن تقييمه لدى الأفراد ذوي الأوهام ، وأن الاستراتيجيات المناسبة من العلاج السلوكي المعرفي تثبت أنها مفيدة في تقليل مشكلات النوم ، والخبرات الذهانية أيضاً ، وهذا يشكل جزء من إستراتيجية تنمية العلاج لاستهداف العمليات السببية الرئيسية في حدوث الأوهام المسببة للتوتر والقلق (Freeman, 2011).

المراجع

Bastien , C.H. , Vallieres , A. and Morin , C.M. (2001) Validation of the insomnia severity index as an outcome measure for insomnia research . Sleep Medicine , 2 , 297 - 307 .

Beck , J.S. (1995) Cognitive Therapy: Basics and Beyond . New York: The Guilford Press.

Bell , V. , Halligan , P.W. and Ellis , H.D. (2006) The Cardiff Anomalous Perceptions Scale (CAPS) . Schizophrenia Bulletin , 32 , 366 – 377 .

Buysse , D.J. , Reynolds, C. F. , Monk, T.H. et al . (1988) The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research . Psychiatry Research , 28 , 193 – 213 .

Chemerinski , E. , Beng-Choon , H. , Flaum, M. et al . (2002) Insomnia as a predictor for symptom worsening following antipsychotic withdrawal in schizophrenia . Comprehensive Psychiatry , 43 , 393 – 396 .

Espie , C. (2006) Overcoming Insomnia and Sleep Problems: A Self-help Guide using Cognitive Behavioral Techniques . London : Robinson .

Espie , C.A. , MacMahoon , K.M.A. , Kelly , H. et al . (2006) Randomized clinical effectiveness trial of nurse-administered small-group cognitive behaviour therapy for persistent insomnia in general practice . Sleep , 30 , 574 – 584 .

Foster , C. , Startup , H. , Potts, L. et al . (2010) A randomised controlled trial of a worry intervention for individuals with persistent persecutory delusions . Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry , 41 , 45 – 51 .

Freeman, D. (2007) Suspicious minds: The psychology of persecutory delusions . Clinical Psychology Review , 27 , 425 – 457 .

Freeman , D. (2011) Improving cognitive treatments for delusions . Schizophrenia Research , 132 , 135 - 139 .

Freeman, D. , Brugha, T. , Meltzer , H. et al . (2010) Persecutory ideation and insomnia: findings from the second British National Survey of Psychiatric Morbidity . Journal of Psychiatric Research , 44 , 1021 - 1026.

Freeman, D. and Freeman, J. (2009) Know Your Mind: Everyday Emotional and Psychological Problems and How to Overcome Them . Basingstoke : Pan Macmillan .

Freeman, D. , Garety , P.A. , Kuipers, E. et al . (2002) A cognitive model of persecutory delusions . British Journal of Clinical Psychology , 41 , 331– 347.

Freeman, D. , McManus, S. , Brugha, T. et al . (2011a) Concomitants of paranoia in the general population . Psychological Medicine , 41 , 923 – 936 .

Freeman , D. , Pugh , K. , Vorontsova , N. et al . (2009) Insomnia and paranoia . Schizophrenia Research , 108 , 280 – 284 .

Freeman , D. , Stahl , D. , McManus , S. et al . (2011b) Insomnia, worry, anxiety and depression as predictors of the occurrence and the persistence of persecutory ideation . Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology , online publication.

Garety , P.A. , Bentall , R. and Freeman , D. (2008) Research evidence of the effectiveness of cognitive behavioural therapy for persecutory delusions: more work is needed . In D. Freeman , R. Bentall and P. Garety (eds) Persecutory Delusions (pp. 329-351). Oxford : Oxford University Press.

Garety , P. , Fowler , D. , Freeman , D. et al . (2008) A randomised controlled trial of cognitive behavioural therapy and family intervention for the prevention of relapse and reduction of symptoms in psychosis . British Journal of Psychiatry , 192 , 412 – 423 .

Green , C. , Freeman , D. , Kuipers , E. et al . (2008) Measuring ideas of persecution and reference: The Green et al . Paranoid Thoughts Scale (G-PTS) . Psychological Medicine , 38 , 101 – 111 .
Haddock , G. , McCarron , J. , Tarrier , N. et al . (1999) Scales to measure dimensions of hallucinations and delusions: the psychotic symptom rating scales (PSYRATS) Psychological Medicine , 29 , 879 – 889 .
Harvey , A.G. (2002) A cognitive model of insomnia . Behaviour Research and Therapy , 40 , 869 – 893 .
Harvey , A.G. , Sharpley , A.L. , Ree , M.J. et al . (2007) An open trial of cognitive therapy for chronic insomnia . Behaviour Research and Therapy , 45 , 2491 – 2501 .
Hepworth , C. , Startup , H. and Freeman , D (2011) Developing treatments for persistent persecutory delusions: the impact of an emotional processing and metacognitive awareness (EPMA) intervention . Journal of Nervous Mental Disorders , 199 , 653 – 658 .
Jacobs, G.D. , Pace-Schott, E.F. , Stickgold , R. et al . (2004) Cognitive behavior therapy and pharmacotherapy for insomnia: a randomized controlled trial and direct comparison . Archives of Internal Medicine , 164 , 1888 1896 .
Kantrowitz , J. , Citrome , L. and Javitt , D. (2009) GABA B receptors, schizophrenia and sleep dysfunction , CNS Drugs , 23 (8) , 681 – 691 .
Lacks , P. and Rotert , M. (1986) Knowledge and practice of sleep hygiene techniques in insomniacs and poor sleepers . Behaviour Research and Therapy , 24 , 365 - 368 .
Lovibond , S.H. and Lovibond , P.F. (1995) Manual for the Depression Anxiety Stress Scales , 2nd edn. Sydney : Psychology Foundation .
Manber , R. , Edinger , J.D. , Gress , J.L. et al . (2008) Cognitive behavioural therapy for insomnia enhances depression outcome in patients with comorbid major depressive disorder and insomnia . Sleep , 31 , 489 – 495 .
Morgenthaler , T. , Kramer , M. , Alessi , C. et al . (2006) Practice parameters for the psychological and behavioral treatment of insomnia: An update: An American Academy of Sleep Medicine report . Sleep , 29 , 1415 – 1419
Morin , C.M. (2002) Contributions of cognitive-behavioural approaches to the clinical management of insomnia . Journal of Clinical Psychiatry , 4 (1) , 21 – 26 .
Morin, C.M. (2004) Cognitive-behavioral approaches to the treatment of insomnia. Journal of Clinical Psychiatry , 65 (16) , 33– 40.
Morin , C.M. , Hauri , P.J. , Espie , C.A. et al . (1999) Nonpharmacologic treatment of chronic insomnia . Sleep , 22 , 1134 – 1156 .
Myers , E. , Startup , H. and Freeman , D. (2011) Cognitive behavioural treatment of insomnia in patients with persecutory delusions . Journal of Behavior Therapy Experimental Psychiatry , 42 , 330 – 336 .
National Institute for Clinical Excellence (NICE) (2004) Technology Appraisal 77. Guidance on the Use of Zaleplon, Zolpidem and Zopiclone for the Short-term Management of Insomnia , April. London: NICE.
Neckelmann , D. , Mykletun , A. and Dahl , A. A. (2007) Chronic insomnia as a risk factor for developing anxiety and depression . Sleep , 30 , 873 – 880 .
Pfammater , M. , Junghan , U.M. and Brenner , H.D. (2006) Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: Conclusions from meta-analyses . Schizophrenia Bulletin , 32 , 64 – 80 .
Smith , M.T. , Huang , M.I. and Manber , R. (2005) Cognitive behaviour therapy for chronic insomnia occurring within the context of medical and psychiatric disorders. Clinical Psychology Review , 25 , 559 – 592 .

Waller , W. , Freeman , D. , Jolley , S. et al . (2011) Targeting reasoning biases in delusions . Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry , 42 , 414 – 421 .
Wykes , T. , Steel , C. , Everitt , B. et al . (2008) Cognitive behaviour therapy for schizophrenia: effect sizes, clinical models, and methodological rigor . Schizophrenia Bulletin , 34 , 523 – 537 .

الفصل الثاني عشر

العلاج الجمعي المرتكز حول العطف للتعافي بعد الذهان

هذا الفصل يخلص تطبيق النموذج الارتقائي لتنظيم الانفعال – العلاج المرتكز حول العطف Compassion Focused therapy – في العلاج الجمعي الذي يهدف إلى تعزيز التعافي من الذهان. ولقد تم إعداد العلاج المرتكز حول العطف للأفراد مرتفعي الخجل والنقد الذاتي (Gilbert, 2000, 2010 a, 2010 b). سوف نصف المبادئ النظرية للعلاج المرتكز حول العطف، ونقترح أن تنظيم تجهيز التهديد من خلال تحفيز التسكين والانتساب يعد تركيزا علاجيا صادقا في علاج الذهان.

الخلفية النظرية Theoretical Background

التعافي الانفعالي من الذهان Emotional Recovery from psychosis

إن التعافي الانفعالي هو البعد الرئيسي للتعافي الكلي من الذهان(Birchwood, 2003). ويتميز التعافي الانفعالي الإشكالي بالاكتئاب، اليأس، والتفكير في الانتحار (Birchwood et al., 2004, Birchwood et al, 2006)، والصدمة الجرحية (Morrison et al., 2003). بالإضافة إلى ذلك، فإن الخجل والوصمة (Iqbal et al, 2000, Rooke & Brchwood, 1998)، والشعور بسيطرة المرض على الشخص (Karatzias et al., 2007)، والخوف من أن يحدث مرة أخرى (White & Gumley, 2009) – يقوض التعافي الانفعالي بشكل كبير. على الرغم من أن العلاج السلوكي المعرفي للذهان قد أثبت فعالية في تخفيف الأعراض الذهانية الدائمة والمحدثة للتوتر والقلق، إلا أن الأدلة على فعاليته في السمات الرئيسية للتعافي الانفعالي قليلة (Wykes et al., 2008). أصبح هناك وعي متزايد بأدوار تنظيم الوجدان، الارتباط، والتعقل والتنظيم الذاتي في التنمية والتعافي من الذهان. (Garfield, 1995; Gumley & Schwannauer, 2006)

هناك العديد من الأمراض النفسية ترتبط بتجهيز التهديد الذي يركز على العالم الخارجي (مثلا : أفعال الآخرين) أو العالم الداخلي (مثلا : مشاعر الفرد ، أو أفكاره ، أ. ذكرياته الاقتحامية) (Bilbert, 1993). يرتبط بالذهان ارتباطا وثيقا بالوجدان السلبي وتقدير التهديد (Freeman & Garety, 2003).

هناك أسباب عديدة تجعل الناس أكثر حساسية للتهديد ، حيث إن المعدلات المرتفعة من الضغوط النفسية في الحياة المبكرة في الحياة المبكرة مثل فقدان أحد الوالدين قبل سن 16 عاما (Morgan et al, 2007) ، الإساءة والإهمال في فترة الطفولة (Read et al, 2005) ، الوالدية التي تتسم بالسيطرة مع عدم وجود الدفء والحنان (Read & Gumley, 2008) ، التأسد ، معاينة العنف في البيت ، التشرد ، والاعتداء ، والإيداع في مساكن الرعاية (Bebbington et al, 2004) ، الفقر (Harrison et al., 2001) ، والتمييز العنصري (Bhugra et al, 1997) – كل ذلك ربما يفسر الحساسة للتهديد لدى الأفراد الذهانيين (Myin – Germeys & Van Os, 2007). فقد تبين وجود معدلات مرتفعة من أساليب الارتباط غير الآمن وغير المنظم – خصوصا الرفض – لدى هذه الفئة من الناس (Dozier, 1990, Tyrcell & Dozier, 1997, Berry et al, 2008) وفي قلب هذه النتائج ، يبدو أن هؤلاء الناس يظهرون قلة الخبرة في الأمان ، وذلك في العلاقات الأولى ، وقدرتهم على التسكين الذاتي (Liotti & Gumley, 2009).

بعد الحدث الذهاني ، يمر الناس بخبرة التهديدات الداخلية ، حيث تبقى أصوات التأسد ، الذكريات الصادمة ، تقدير الذات المنخفض ، الخجل ، والهجوم على الذات (غالبا ما يرتبط بالمعتقدات الوهمية) – على المستوى المرتفع من التهديد الداخلي ؛ الصراع ، القلق والحيرة (Birchwood et al., 2000, Gilbert et al., 2001, Longe et al, 2010) ويرتبط توليد الأصوات بمستشفى الأصوات ، حيث يسيئون تحديد الإشارات الداخلية الهامة على إنهاء إشارات خارجية (McGuire et al,

1996). هذا الغزو الخارجي – بدوره – يزيد من التهديد والحيرة ، من خلال قلة شعور الفرد بالسيطرة على حالته العقلية (Birchwood et al, 2000).

إن الطريقة التي يختبر بها الفرد العالم الخارجي تحدد مستوى التهديد الاجتماعي. إن صدمة الذهان نفسها وتأثيرها المدمر ربما تحدث خللا في الوجدان (Gumley & Schwannaver, 2006). إن الارتدادات والمرور بالصدمة من خلال الاستجابات القسرية للخدمات (Frame & Morrison, 2001) تضع تهديدات حقيقية يمكن أن تتداخل مع إرادة الناس في المشاركة في الخدمات والابتعاد عن القلق والتوتر. إن خوف المرء من أن يقع كضحية ، أو يؤذي جسميا ، أو يوسم بوصمة المرض ، أو يتم إقصاؤه يعزز أيضا الإذعان ، والانسحاب الاجتماعي ، والعزلة. إن الإفراط في الحذر من التهديدات الاجتماعية – والتي يتتبعها التجنب النشط – ينظر إليه على أنه يسهم في البارانويا ، والقلق الاجتماعي ، والذي بدوره يزيد من إدراك التهديد الاجتماعي (Green & Phillips, 2004). فالخجل والوصمة شائعان في الذهان ويعوقان القلق الاجتماعي (Gilbert & Andrews, 1998, Birchwod et al, 2006). إن استراتيجيات المجابهة التجنبية مثل الإذعان للأصوات أو للآخرين بالإذعان أو بالاسترضاء (Birchwood et al., 2000) ، كبت الأفكار (Spinhoven & Van der Does, 1999) ، كلها محاولات شائعة للمجابهة.

بإيجاز ، تشير البيانات إلى أن الناس الذهانيين يعانون من صعوبات رئيسية في تنظيم التهديد.

دور الانتساب في تنظيم التهديد

The Role of affiliation in the Regulation of threat

إن ارتقاء الارتباط كعلاقة وقائية وشرطية للطفل الصغير ، كان لها تأثيرا كبيرا على الارتقاء اللاحق وعلى تنظيم الوجدان والمعرفة الاجتماعية على وجه التحديد (Gilbert, 1989, 2005, Porges, 2007). أوضحت البحوث خلال

العشرين عاما الماضية مدى قوة الارتباط المبكرة في تشكيل النمو الفسيولوجي والنمطي الظاهري (Belsky et al, 2007, Cozolino, 2007, Porges, 2007) ، كما تبين أن أجهزتنا العصبية – الفسيولوجية الخاصة التي تمثل الأساس لعملية الانتساب (Depue & Morrone, 2005) أنها تنظم الخوف (Kirsch et al., 2005). كما أن الانتساب والوجدان يلعبان دورا رئيسيا في نضج المخ ، خصوصا المناطق المنوطة بالمعرفة الاجتماعية والتعاطف (Schore, 1996). كما أن لمشاعر الأمان ، والأمن التي تقدمها خبرات الانتساب والارتباط تأثيرات عظيمة على القدرات الخاصة بتجهيز المعلومات الاجتماعية ، وعقلنة وتنظيم الوجدان (Fonagy et al, 2002). قد يصبح بعض الأفراد الذهانيين خائفين من الآخرين بسبب الحساسة العالية للتهديد وبسبب الصعوبات في تنظيم الوجدان ،والعقلانية ومهارات نظرية العقل التي تصور عقول الآخرين على أنها غريبة ويتعذر فهمها (Reenn et al., 1997, Russell et al, 2000). لذا ، فإن ضعف مهارات الانتساب للذات وللآخرين ربما يقلل من العقلانية (MacBeth et al., 2011) ، ويزيد من القلق ، والتجنب ، والانسحاب الاجتماعي ومخاطر الارتداد (Gumley et al., 2010).

مع الوضع في الاعتبار أن الأفراد الذهانيين ربما تزداد لديهن الحساسة للتهديد ، وتقل لديهم القدرة على الانتساب ، لذا فإن أحد أهداف العلاج هو زيادة القدرة على الانتساب للذات وللآخرين.

Definition of Compassion تعريف العطف

يمكن تعريف العطف بطرق مختلفة (Gilbert, 2010). ففي العلاج المرتكز حول الشفقة ، يرتبط العطف بعدد من الخصال التي تشتمل علي – تنمية الدافعية للرعاية لمخاطبة القلق والمعاناة ، القدرة على الانتباه للمعاناة لدى الفرد والآخرين ، والمشاركة الانفعالية والتحرك بواسطة معاناة الفرد والآخرين ، وتحمل انفعالات القلق التي يمكن إثارتها ، والقدرة على تنمية تبصرات تعاطفية في أسباب ومصادر

معاناة الفرد والآخرين ، والقدرة على أخذ توجه عقلاني مفتوح غير مدين للعملية. هناك بعض المفاهيم المغلوطة عن العطف ، وهي أن الشفقة تنطوي على العمل بنضال من أجل الحصول على حالة من السعادة الهادئة الخالية من الانفعالات السالبة. إن العلاج المرتكز حول العطف – بالتناغم مع نظرية الارتباط – يساعد على بناء قاعدة داخلية امنة ويدربنا على القدرة على التهدئة والشجاعة ، والتي تساعدنا على النزول إلى ، والتوجه نحو وكبت الامنا الانفعالية.

الأساس القائم على الأدلة للتدخلات التي تستند إلى العطف في الذهان

Evidence – base of compassion – based interventions in psychosis

إن البحوث عن تطبيق العلاج المرتكز حول العطف في الذهان مازالت في مهدها ، كما أن الأسئلة عن الفهم ، والعلاقة ، والفعالية والصعوبات الشائعة في استخدام هذا المدخل مع الأفراد الذهانيين يحتاج إلى مزيد من الاهتمام. ففي أول محاولة لمخاطبة هذه الأسئلة ، استخدم ميهيو ، جيلبرت Mayhew & Gilbert (2008) تصميم دراسة الحالة مع ثلاثة أفراد سمعوا أصوات حاقدة ، إلا أنهم ذهانيون بشكل نشط. وبعد 12 جلسة فردية من العلاج المرتكز حول العطف ، استطاع اثنان منهم أن يؤديا بشكل جيد ، والثالث أقل بقليل ، حيث وجد الاثنان أن العلاج المرتكز حول العطف طريقة جديدة لربط أنفسهما بالآخرين. أما الشخص الذي لم يؤدي بشكل جيد شعر بأنه " لا يستحق العطف" ، وسيطرت عليه الأفكار الاقتحامية التي يشعر بأنها تسبب له الخجل ، وهذه مشكلة شائعة وتتحدث عن العلاقة المعقدة بين العطف الذاتي والخجل (Gilbert, 2010).

قام جونسون ورفاقه Johnson بتقييم تأثيرات التفكير في الحنان لدى 18 مريضا غير مقيمين في المستشفى. لديهم أعراض سالبة دائمة (Johnson, 2011). بعد 6 جلسات ، أعلن المشاركون عن زيادة دالة في الانفعالات الموجبة ، القبول الذاتي ،

الإتقان، الرضا عن الحياة، والتناقض الدال في الأعراض السالبة، خصوصا في قلة التلذذ. ففي دراسة مكونة من 20 جلسة للعلاج المرتكز حول الشفقة لعدد 19 عميلا من الذهانيين في موقع للأمراض النفسية، وجد ليثويت وزملاؤه (Laithwaite and Colleagues) (2009) تغيرا كبيرا في مستويات الاكتئاب وتقديرات الذات. بالإضافة إلى ذلك، تبين وجود تأثيرات متوسطة في المقارنة الاجتماعية والأمراض النفسية العامة، مع تغيير بسيط في مشاعر الخجل، وبقيت هذه التغيرات لمدة 6 أشهر من المتابعة.

العلاج الجمعي المرتكز حول العطف للتعافي من الذهان

Compassion focused group therapy for recovery after psychosis

تؤكد الصياغة المرتكزة حول العطف للتعافي على النواتج الانفعالية والبينشخصية المعاكسة التي لدى الخبرات الذهانية عن حياة الفرد (Gumley et al, 2010). يقع نمو العطف المرتبط بالتهديدات التي يمر بها الشخص في الذهان – في قلب العلاج الجمعي المرتكز حول العطف في الذهان. ويتم تنمية المرونة الانفعالية من خلال نزع الحساسة المتدرج للعطف الذاتي، باستخدام التقديم النفسي التربوية، والوعي، وممارسات العطف، وإعادة التأطير والتعلم البينشخصي، وبناء الروابط مع النظائر، والمهام القصصية. كما وضعت في الاعتبار التوصيات المتعلقة بالعلاج الجمعي في الذهان (Kanas, 1996, Yalom, 1983)، وسمات التدريب على الوعي (Nairn, 1999, segal et al, 2002).

الاعتبارات العملية Practical Consideration

انتقاء المشاركين في المجموعة Selecting Group Participants

تشير دراسات الحالة، والبيانات المعقولة إلى أن معظم الناس الذين يتعافون من الذهان قد يكونوا قادرين على المشاركة في والاستفادة من العلاج المرتكز حول العطف (Maylew & Gilbert, 2008, Laithwaite et al, 2009., Braehler et al, In press)

يستهدف العلاج الجمعي المرتكز حول العطف العمليات ما وراء التشخيصية (مثلا : الخجل، الوصمة، النقد الذاتي، التجنب الاجتماعي)، وقد أفاد العملاء بالتشخيص الأولي للشيزوفرنيا المزمنة المقاومة للعلاج – بما في ذلك أولئك الذين لديهم الاضطراب المعرفي البسيط، وقصور المهارات المعرفية في القراءة – بالإضافة إلى العملاء ذوي الاضطرابات الذهانية الأخرى. إلا أن العملاء ذوي الأعراض السالبة الحادة، قليلي الدراية بأن لديهم مشكلات تتعلق بالصحة العقلية، الاضطراب الحاد من خلال الأمراض المصاحبة، أو المشغولين بالأوهام – لم يستفيدوا من هذا العلاج (Braehler et al, In Press, Laithwaite et al, 2009). كما أن هذه المجموعات من العملاء لم يحققوا إلا استفادة بسيطة من العلاج السلوكي المعرفي التقليدي للذهان (Tai & Turkington, 2009). ففي دراسة سابقة (Laithwaite et al, 2009)، تبين أن الأفراد الذين لديهم ذهان حاد، والذين يناضلون من أجل مجابهة الخبرات الذهانية قد لا يستفيدون من المشاركة في العلاج الجمعي المرتكز حول العطف للذهان. وبناء على خبرتنا، فإن المشاركين المناسبين دائما في مرحلة ما بعد الحادة للمرض عندما تكون الأعراض الذهانية أقل حدة، كما أنهم قادرون على الأداء عند مستوى معقول. من الممكن أن عمل التكيفات لهؤلاء الأفراد قد تكون مفيدة.

أثناء الجلسات الفردية، يشترك المعالجون العملاء، ويخرجون تقييما نفسيا معياريا بما في ذلك الأعراض الذهانية (الشدة، التكرار، المحتوى، التوتر، المجابهة والمعنى

الشخصي) ، والخلفية (بما في ذلك الصدمة) وتأثيرها على الأداء الانفعالي والبينشخصي بما في ذلك أي محاولات للمجابهة ، والنواتج غير المقصودة من هذا المصدر (انظر إلى أمثلة في الشكل 12.1).



الشكل (21.2) الصياغة المرتكزة حول العطف للتحديات في التعافي من الذهان

ملحوظة : الخطوط المنقطة (.........) تشير إلى قلة ميكانيزم التغذية الراجعة.

فالناس الذين لا يقبلون وصف خبراتهم بأنها ذهانية (لأنهم -- مثلا يعززون المعنى الروحاني) مؤهلون طالما أنهم قادرون على اعتبار الفهم النفسي لصعوباتهم الانفعالية ولديهم بعض الدافعية للعمل في هذه الصعوبات. كما أن الناس الذين يمرون بخبرة البارانويا ، والقلق الاجتماعي في حاجة إلى الدافعية للعمل خلال التهديد الأولي للمشاركة في المجموعة.

تحدث المشاركة في العلاج المرتكز حول العطف بإبعاد التركيز عن الذهان إلى تأثيراته العكسية ، ومن خلال التصديق على استراتيجيات المجابهة لدى العملاء على أنها جهودهم للتعامل مع المواقف الصعبة. على الرغم من أن الأفراد قد يتباينون فيما يتعلق بنماذج المرض لديهم ، إلا أن العلاج المرتكز حول العطف يعزز الاحترام المتبادل للطرق المختلفة للاستفادة ، وذلك بتركيز انتباه العملاء على هدفهم المشترك ، وصعوباتهم الانفعالية الشائعة ، وعمومية المعاناة الانفعالية.

وفي حين أن بعض العملاء كانوا قادرين على الاستفادة بدون الخضوع السابق للعلاج ، إلا أننا نوصي بدمج العلاج الفردي مع العلاج الجمعي قبل بدء المجموعة للاستفادة من ، ومجابهة الأعراض الذهانية. وفي بعض الحالات ، نحن نوصي أيضا بالعلاج الفردي بعد الجمعي من أجل دمج أي قضايا انفعالية (الحزن ، الصدمة) التي تنشط من خلال العمل الذي يتعلق بالعطف.

القضايا البنائية Structural Issues

بناء المجموعة setting up the group

هناك حاجة لمزيد من البحوث لتحديد الشكل الأمثل (عدد الجلسات ، والبنية) لإجراء المجموعات مع هذه المجموعة من العملاء. التوصيات الحالية تقوم على التغذية الراجعة من دراستنا ، وعلى الخطوط الإرشادية العامة للعلاج الجمعي للذهان (Yalom, 1983, Kanas, 1996). نحن نوصي بتقديم بروتوكول خلال 20

جلسة (ساعتان في الأسبوع). الشكل المغلق يبسط المهنة الرئيسية لتنمية الثقة في المشاركة مع الآخرين ، وينبغي أن تتكون المجموعة العلاجية من 5 أفراد واقصى عدد 8 أفراد ، حيث إن أكثر من ذلك سيجعل المكان أكثر صعوبة ومرغب (Bateman & Fonagy, 2007).

الخطوة الأولى نحو خلق بيئة آمنة وهادئة تتمثل في عمل لقاءات في حجرة خاصة ومصونة. بها أماكن للتدخين ، والاستراحة ، وقضاء الحاجة كما أن إعطاء فترات استراحة رسمية للانتعاش يساعد على استهلاك المحادثات غير الرسمية بين الأفراد ، وسمح لهم بأخذ فترات استراحة من الموضوعات الساخنة ، ومن خلال ذلك تتم المساعدة على البقاء في مستوى الإثارة العلاجية. يرحب الأفراد بدعوة المعالج قبل الجلسة للتعامل مع المعوقات التي تمنعهم من الحضور مثل ضعف الذاكرة ، وزيادة الضغوط ، المزاج الضعيف ، وقلة الدافعية.

Structure of Sessions بنية الجلسات

لتقليل القلق ، تتبع الجلسات نفس البنية. عندما يصل العملاء ، يقوم المعالج بالفحص لكل فرد بشكل غير رسمي. ولتلقين ذاكرة العملاء ، والتي غالبا ما تكون مضطربة ، تبدأ الجلسة بتقديم المعالج ملخصا مكتوبا بالجلسة السابقة ، والحديث في النقاط الرئيسية ، والإجابة عن الأسئلة. بعد التدريب الموجز على الوعي ، يتم دعوة الأفراد لتقديم التغذية الراجعة عن حالتهم العقلية وخبراتهم في محاولة عمل مهام الواجب المنزلي خلال الأسبوع الماضي. ثم بعد ذلك ، يقوم المعالجون بتقديم تدريب معين لكل جلسة ، والذي يعتمد على المشكلات الحالية للعملاء ، وتقديم مساحة كافية لاستكشاف الخبرات والتبادل ، والتفاعلات المشتركة التعاونية ، وهذه التفاعلات تشغل نصف الجلسة على الأقل تنتهي الجلسة بملخص ، تقديم الواجب المنزلي ، والتغذية الراجعة النهائية عما يشعر به الأفراد.

Support outside of sessions الدعم خارج الجلسات

في الأماكن التي يتم معالجة المرضى فيها خارج المستشفيات ، فإن الشكل الجماعي لا يسمح دائما بتحديد القصور في الصحة العقلية أو قضايا المخاطرة ، وينصح الأفراد بالاستفادة من الدعم الشخصي والمتخصص إذا دعت الضرورة لذلك. فالتواصل مع المعالجين بين الجلسات محكوم بالقضايا أو الموضوعات التي تؤثر على مشاركة المجموعة.

Role and qualities of the therapist دور وخصال المعالج

إن المهمة الرئيسية للمعالج تتمثل في خلق بيئة آمنة وحساسة للتعامل الاجتماعي البينشخصي (Gilbert, 2010). فمن خلال نقل الدفء والانفتاحية ، والصبر ، يخلق المعالجون جوا هادئا من اللعب ، والمشاركة والتقبل المشترك والمتبادل. فالمعالجون في حاجة إلى قدرة على خلق مكان آمن ، من خلال الحفاظ على البيئة المتفق عليها ، ووضع الحدود وإتاحة الفرص للمشاركة والاستكشاف. كما تبين أن الممارسة الشخصية للوعي والعطف تحسن تناغم المعالجين مع حاجات العملاء ونواتج العملاء (Grepmair et al, 2007, Siegel, 2010). ينبغي عمل مجموعات بالتعاون مع المعالج وهذا يساعد في مراقبة ودعم الأفراد المتوترين أثناء وبعد الجلسات. ومن خلال خبرتنا بالأصوات الإزدرائية ، فإن الذكريات الصادمة أو الحزن المكتوب يمكن أن ينشط أثناء ممارسات العطف. إن انتباه ودعم الفرد ضروري لمساعدة الفرد على إعادة التركيز على مشاعر الأمن ، والعطف ، والحكمة ، ومن خلال ذلك يستطيع الأفراد تضمن الوجدان. إن وجود معالج مساعد يعطي أيضا الفرصة لنمذجة العطف . هذه التفاعلات بين المعالجين تساعدهم على تقديم الرعاية للأفراد ، وهذا يقلل من احتمالية التفسيرات البارانويدية ، ويعزز الشعور بالإيجابية في عقل المعالج.

المهارات والتدخلات العلاجية

The Therapeutic Skills and Interventions

لكي يقوم المعالجون بتقديم العلاج الجمعي المرتكز حول العطف للذهان فهم في حاجة إلى الاعتماد عل مجموعة من المهارات. أولا ، الخبرة في تطبيق العلاج النفسي للذهان مثل العلاج السلوكي المعرفي. ثانيا ، يحتاج المعالجون إلى التدريب وخبرة الإشراف في تطبيق العلاج المتمركز حول العطف ، والذي يشتمل على التدريب الجغرافي في الوعي والعطف.

ثالثا ، فإن الخبرة في تيسير العلاج الجمعي مفيدة (Yalom, 1995). إن العملية العلاجية ذاتها لها جذورها في العلاج السلوكي المعرفي وليس المدخل النفسي – الدينامي ، الذي يركز على التجهيز غير الواعي. تشتمل الصياغة على الاكتشاف الموجه والممارسة الذاتية الموجه باستخدام مجموعة مهارات للعلاج السلوكي المعرفي مثل الحوار السقراطي ، التحليل الوظيفي ، التعرض المتدرج والتجارب السلوكية. كما أن السلوك غير اللفظي للمعالجين (البطء ، الهدوء ، نبرة الصوت الدافئة – إلخ) وسيط رئيسي لنقل الأمان البينشخصي (Gilbert, 2010). ففي حين تتباين القدرات العقلية لدى الأفراد الذهانيين ، إلا أنها تميل إلى أن تكون منخفضة (Braehler, Schwannaver, 2011, McBeth et al, 2011). ينبغي إذا ، أن تكون التدخلات والتواصل واضحة ، ودقيقة ومركزة ، وتقدم عند مستوى جيد من الإثارة مثل تجنب الإثارة الزائدة أو العقلانية (Bateman & Fonagy, 2007). من الممكن أ، يكون الحوار السقراطي مفيد في تشجيع الناس على التفكير في الانفعالات والدوافع في عقولهم وعقول الآخرين (مثلا : ما الذي قد يدور في عقل تشارلز حسب اعتقادك ؟ ما شعوره ؟ كيف يتعامل مع هذا الشعور ؟).

هناك سمة أخرى للعلاج المرتكز حول العطف ، وهي التركيز على الجسد كمكان للخبرة الانفعالية ، يسأل المعالجون – بانتظام – الأفراد التريث للانتباه لأحاسيسهم الجسمية لمساعدتهم على التناغم مع خبرتهم الراهنة ، والاقتراب منها من

خلال حب الاستطلاع والود. إن الهدف من وصف الحالة الجسمية (الأحاسيس ، وضع الجسم ، تعبيرات الوجه ، نبرة الصوت) ونعت الانفعالات وملاحظة الأفكار الحالية – هو تنمية الوعي ما وراء المعرفي (Teasdale et al, 2002). فمن خلال تقوية القدرة على ملاحظة خبراتنا ، فإننا نزيد من تحمل التوتر ونقلل الخوف من الانفعالات الموجبة والسالبة (Linehan, 1993, Gilbert, 2010). من الناحية الإكلينيكية ، لاحظنا أن العديد من العملاء الذهانيين لديهم صعوبات في الاتصال الذهني بالوجدان ، حيث أنهم لا يستطيعون تنظيم الوجدان ، أو يظهرون تعبيرا متنافرا عن الوجدان خصوصا عند الحديث عن الأحداث المؤلمة. فالنتائج عن الارتباط ، والاستراتيجيات المجابهة تشير إلى أن هذه استراتيجيات أمان هامة (Dozier, 1990, Tyrrell & Dozier, 1997, Berry et al, 2008, Mc Glashan, 1987, Spinhoven & Van der Does, 1999) لكي يتجنب المعالجون نزع الثبات غير الضروري ، فإنهم يقدمون ممارسات العطف تدريجيا مع اللعب وحب الاستطلاع. وفي هذا الجو ، يمكن أن يجرب الأفراد من خلال تدريبات مختلفة ، ويجعلون أنفسهم على ألفة بالشعور من خلال سرعتهم الخاصة.

العملية الجمعية Group Process

بشكل مماثل للعلاج السلوكي المعرفي التقليدي لمجموعات الذهان ، فإن العلاج الجمعي المتمركز حول الشفقة يعد علاجا متمركزا حول المهمة ، إلا أنه يختلف عن العلاج السلوكي المعرفي التقليدي في أنه يستفيد بشكل صريح من العمليات الجمعية البارزة لدعم نمو مهارات وخصال الشفقة (Gilbert & Procter, 2006). فالعلاج الجمعي يقدم – بشكل طبيعي – بيئة اجتماعية يمكن الاعتماد فيها على عوامل العلاج الجمعي مثل الأمل ، الترابط ، العمومية ، التعرف ، التعلم البينشخصي ، والإيثار (Yalom, 1995, Garga – Cabeza & Gonzalez dechavez, 2009). فإذا ما تم تيسير المجمعة بشكل فعال ، فإنها تصبح خبر واقعية لتقديم الرعاية العقلية ، التي تعمل ضد العزلة ، والخجل والخوف الذي يشعر به الأفراد. ففي العلاج المتمركز

حول العطف ، تعمل المجموعة كقاعدة أمان يستكشف من خلالها الفرد خبراته الداخلية من خلال عقول الآخرين الذين يتسمون بالتعاطف ، تحمل الضغوط ، اللاأحكام ، الرعاية والحساسة (Bateman & Fonagy, 2007, Liotti & Gilbert, 2011).

ومن واقع خبرتنا ، فإن الجو الجمعي يتسم في البداية بالعقلانية بين العملاء ونحو المعالجين بسبب المستوى المرتفع من التهديد المرتبط بالموقع الاجتماعي. فالأفراد الخاضعون يحمون أنفسهم من خلال الصمت ، الانسحاب أو تهدئة الآخرين ، وهذا يعوق الاستكشاف والتفاعل بين الأعضاء ويركز الانتباه على المعالجين بشكل كبير. ففي حين أن مزيدا من التفاعل بين العميل والمعالج في الجلسات الأولى مقبلو فإن مهمة المعالج خلق أمان اجتماعي لتيسير التعاون بين العميل -- العميل مع استمرار الجلسات ، ومن الممكن أن يحدث ذلك من خلال تضمين الأفراد المسيطرين ، ومن خلال حل أي صراع ، وفتح باب المناقشة مع الآخرين (مثلا : هي يمكن ان يرتبط الآخرون بخبرة جون ؟ ما هي ردود الأفعال التي تلاحظونها لديكم وأنتم تستمعون إلى جون ؟). يحتاج المعالجون إلى التشجيع على المشاركة ، وفي الوقت نفسه احترام الاستخدام التكيفي لاستراتيجيات الأمان هذه لدى بعض الأفراد.

بروتوكول العلاج Treatment Protocol

نحن نعرض المهام والعمليات العلاجية الرئيسية بما في ذلك التكيفات للعمل مع الذهان والتغذية الراجعة من العملاء والمعالجين المشاركين في المجموعات. وهذه مقترحات ، تحتاج إلى عمل تكيف لها في موقعك ، والاحتياجات وقدرات المجموعة ، وإبراز ديناميكيات المجموعة.

مرحلة التكوين Formulation Phase

في المرحلة الأولى ، يستكشف الأفراد تأثيرات الخبرات الذهانية على حياتهم ، ويقومون بصياغة طرق للتغلب على معوقات التعافي بلغة نموذج العلاج المتمركز حول العطف. ينبغي تنفيذ الخطوات الثلاثة التالية خلال الجلسات الأولى بسرعة مناسبة للمجموعة محل الدراسة.

1. تكوين المجموعة كقاعدة أمان Establishing the Group as a Source base

إن الهدف من الاتصالات الأولى هو البدء في خلق جو من الأمان ، حيث إنه قبل الجلسة الأولى، يتم دعوة الأعضاء ، مكتوب فيها تفاصيل المجموعة . ونذكرهم بأنه من الطبيعي أن يشعروا بالقلق ، وليس هناك أي ضغوط للحديث في المجموعة. ففي الجلسة الأولى ، بعد المقابلة والتحية ، حيث يتم إعطاء الأفراد تعوتا (أسماء لكل عضو) يقدم المعالجون أهداف وبنية المجموعة ، ويذكرون الأفراد بأن مشاركتهم إرادية. أثناء مهمة إذابة الحدود ، يعمل الأعضاء في مجموعات صغيرة للتعرف على هوايات الزميل وما يفضله من برامج تلفزيونية ، وطعام ، ويقدم كل فرد الشخص الأخر للمجموعة ، وهذا يقلل القلق بشأن تقديم الفرد نفسه للمجموعة. يتم التشارك بشأن آمال وتوقعات أفراد المجموعة ، ويتم الاتفاق على قواعد المجموعة. كما أن هناك مهمة أخرى يمكن تنفيذها في أزواج (مجموعات صغيرة) ، وتنطوي على استخدام بطاقات تضع قائمة بالمشاعر السالبة والموجبة ، والمحايدة لمساعدة الأفراد على الحديث المشترك عن مشاعرهم بشأن الحضور إلى المجموعة ، وكيف يجدون الجلسة الأولى ، وهذا يساعد على الاعتراف والشوق إلى الجلسات القادرة. كما يقدم المعالجون دعما إضافيا للأعراض الذين يبدو عليهم القلق والهدوء.

2. تعلم كيف أن نظام التهديد يقف في طريق التعافي

Learning how the threat system gets in the way of recovery

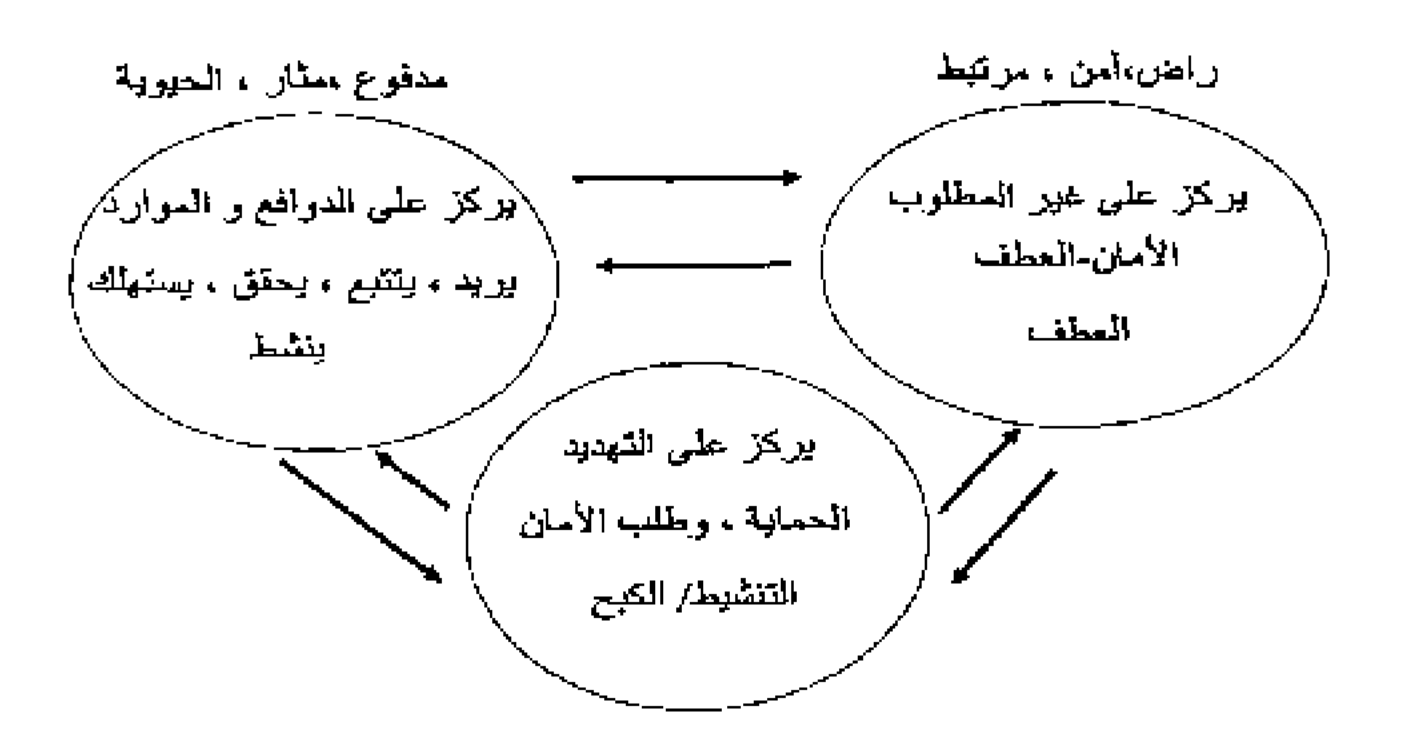
تتضمن الصياغة أن يقوم المعالجون بعمل خارطة للذهان وتأثيره بلغة نموذج العلاج المتمركز حول الشفقة. يبدأ المعالجون بوصف الخبرات الذهانية الشائعة بلغة أساسية ، ليس من قبيل التعليم ، ولكن من قبيل تشجيع الأعضاء على التشارك في الخبرات والمعاني. من المهم أن يتشارك أعضاء المجموعة في فهم معنى الخبرات الذهانية. ففي الغالب لم يأخذ المشاركون الفرصة من قبل في الحديث عن الذهان ونواتجه ، حيث إنهم يتجنبون الحديث عن الخبرات الذهانية لأن أفراد الهيئة ربما يستجيبون بطريقة فيها نوع من الإنذار أو التحذير (الإحالة إلى العلاج الطبي الدوائي). إن الخوف الذي يحيط بالذهان ، يمنع العملاء من الاستفادة من خبراتهم. هذا التجنب المنظومي يعزز أيضا خوف الفرد من الارتداد ، والشعور بالهزيمة والانعزالية عن الآخرين.

ثم بعد ذلك يتحول التركيز إلى تأثير الأعراض الذهانية ، العلاج والضغوط الانفعالية – على حياة الأفراد. ولتيسير هذا الاستكشاف في المجموعة ، يمكن أن يستخدم المعالجون مجاز الحصى الذي يسقط في الماء ويسبب التموجات ، كطريقة لتوضيح كيف أن الذهان يؤثر على الشعور بالذات ، وعلى الانفعالات ، والسلوك والعلاقات مع الآخرين والمجتمع ككل (Laithwaite et al., 2009). عادة ما يعبر الأعضاء عن مشاعر الخجل ، والقلق ، وسرعة التأثر. وفي هذه المرحلة المبكرة ، يرتبط الأعضاء – غالبا – بخبرات التهديد المستمرة على عكس ذكريات التهديد الماضية ، والتي لا تمثل لهم عبئا كبيرا. فبعض الأفراد يتحدثون على معتقداتهم الذهانية وسلوكياتهم بطريقة لطيفة ، في حين لا يكون لدى آخرين أي استعداد سوي إلى الاستماع. وعندما يدرك الأفراد أن هناك تشارك في الخبرات الصعبة ، يشعرون بالراحة والترابط ، وينمو لديهم الأمن والثقة. هذه المشاركة الإنسانية التي تتعلق بالذهان (فنحن جميعا في مركب واحد) تسمح للآخرين بالانفتاحية ، والحديث المشترك عن

بعض خبراتهم المؤلمة. لهذا السبب ، فإن الأفراد يمكن أن يجدوا الجلسة تمثل تحديا لهم حيث تجعلهم على اتصال بوجدانهم السلبي ، والذي يسعوا إلى كبته.

يعلم المعالجون العملاء عن أسباب المعاناة ، وأنها متأصلة في التصميم الرئيسي لعقولنا ، وفي تكيفاتنا التطورية الإرتقائية. كما يتم التأكيد على أنه ليس تصميم عقولنا ولا القوى التي تشكل عقولنا (المجتمع والوراثة) لنا دخل فيها ، أو قمنا باختيارها ، حيث إن مفهوم " نحن وجدنا أنفسنا هنا بمخ وعقل لم نختارهما " – شيء أساسي للبدء في عملية نزع الخجل. فالأفراد غالبا ما يلومون أنفسهم على الذهان ، وعلى موقفهم الحياتي الراهن. كما يتم تشجيعهم على إدراك أنه لا ذنب لهم فيما حدث. ومن خلال إسقاط الخجل ، واللوم وخوف الوصمة يبدأ الأفراد في الشعور بعدم التهديد أو قلته ، ويساعدهم ذلك على سرعة التعافي. كما يقوم المعالجون بتعليم الأفراد عن كيف أن عقولهم قد ارتقت بثلاثة أنواع رئيسية من نظم تنظم الانفعال (نموذج الدوائر الثلاث) وما هي وظائفها انظر الشكل (12.2).

الأنواع الثلاثة للنظام الذى ينظم الوجدان



الغضب ، القلق ، الاشمئزاز

الشكل (12.2) التفاعل بين نظم تنظيم الانفعال الرئيسية

Source : Paul Gilbert (2009)

أولا ، يوضح المعالجون كيف أن نظام التهديد ضروري لبقائنا من خلال استثارة ردود الفعل الآلية والسريعة لحماية أنفسنا ، كما يتم توضيح واستكشاف والتصديق على التهديدات المختلفة والطرق التي يحاول بها نظام التهديد الحفاظ على سلامة وأمن الأفراد — كردود أفعاله آلية للأم والسلامة. ونظرا لأن الحماية الذاتية مهمة لبقائنا ، فإن تجهيز التهديد يتجاوز الانفعالات الموجبة. وفي ضوء التهديدات المنتشرة من الذات ، والعقل ، والآخرين بعد الحدث الذهاني ، فمن المعلوم أن نظام التهديد مهمين على الدافع ونظام (التسكين / الانتساب ، وكي يتم مساعدة العملاء على تقليل الخجل ولوم الذات فمن المفيد التصديق المستمر على استخدام استراتيجيات الأمان مثل التجنب كإستراتيجية آلية للبقاء.

" من المعقول أنك تشعر بالخوف ، وتتجنب الآخرين نظرا لمرورك بخبرات سالبة (مثلا : تهديدات الآخرين ، التأسد عليك من قبل الآخرين). وهذا معلوم بالضرورة ، حيث إننا نحتاج إلى حماية أنفسنا من الأذى أو من الشعور بأن هناك شيء يهددنا. فنحن في حاجة إلى الأمن ؛ ولذلك ، فإن أجسامنا وعقولنا تعمل بشكل آلي لحمايتنا. ونحن لم نصمم هذا ، ولم نقترفه ، ولذلك فيس هذا خطأنا. فهذه الاستراتيجيات الخاصة بالأمان بنيت في أجسامنا وعقولنا لمساعدتنا على البقاء منذ ملايين السنين. نظرا لأنك كما تقوم سريع التأثر ، فإنك تحاول حماية نفسك من كل ما يهددك ، لذا فأنت تعيش الوحدة ، وتبتعد عن الناس ، وليس لديك أي دافع ، وتشعر بالخوف من الآخرين ، وتفقد الثقة في بناء العلاقات ".

بعد ذلك ، يوضح المعالجون وظيفة نظام الدافع ، حيث إنه يدفعنا للمشاركة في الأنشطة ، ويزودنا بالشعور الإيجابي بالسعادة والمكافئة عندما ننجح في تحقيق أهدافنا (مثلا : عند الفوز بمكافأة مالية ، فإن كثيرا منا يصبح مستثارا ، ولديه العديد من الأفكار.

ثالثا : يقدم المعالجون نظام التسكين والانتساب. هذا النظام ضروري لبقائنا وسعادتنا النفسية حيث إنه التهديد ونظام الدافع من خلال الراحة ، الوجدان ،

الرعاية ، البهجة ، الدفء ، واللعب. فهو يدفعنا للرعاية بأنفسنا وبعضنا البعض ، لننتبه إلى احتياجات بعضنا البعض.

ثم بعد ذلك ، يتم الحديث – بشكل تشاركي – عن النتائج غير المقصودة لنظام التهديد النشط بشكل كبير – على نظام الدافع مثل قلة اللذة ، قلة الدافعية ، الانهزامية ، وعلى نظام التسكين / الانتساب مثل قلة العلاقات الداعمة ، والعزلة وزيادة التوتر (انظر الشكل 12.3)

التهديدات

(ما الذي تخاف أن يعتقد فيك الآخرون)

سوف يعتقدون ....

- أنا ضعيف وسريع التأثر.
- أنا عديم القيمة ، وإنسان حقير.
- (ما الذي تخاف أن يفعل بك الآخرون)
- هم سوف ....
- يتأسدون علي ، يسخرون مني
- يؤذونني ، يهجمون علي

↓

استراتيجيات الأمان

(الأشياء التي تفعلها لتحمي نفسك من التهديد)

- الانسحاب من الآخرين ، أنغلق على نفسي ، لا أتكلم كثيرا.
- التجنب للآخرين من خلال عدم الخروج ، عدم الذهاب إلى الأماكن المزدحمة ، أو الأماكن الأخرى المخيفة ، عدم الحديث إلى الآخرين).

أصبح يقظا ، أنتبه إلى ما يقوله الآخرون (في حالة رغبتهم في إلحاق الأذى بي).

↓

النواتج غير المقصودة

(الأشياء التي تحدث عندما تحاول حماية نفسك ، ولكن تجعل الأمور أكثر سوء)

- الشعور بعدم الأمان في نفسك وفي عقلك.
- الشعور بعدم الأمان مع الآخرين.
- الشعور بالعجز وعدم السيطرة.
- الشعور بالتورط.
- تجنب الناس يعني أنك لن تحصل على خبرات إيجابية مع الآخرين – وتدور في حلقة مفرغة.
- قد يتجنبك الآخرون ، ومن ثم فإن هذا يعزز المعتقدات التي لديك.

الشكل (12.3) الصياغة البسيطة للعقل النشط بشكل كبير من التهديد

وعند عمل ذلك يبدأ العملاء في صياغة الصعوبات لديهم على أن تكون مفهومة ، ومع ذلك فهي نتائج غير مرغوب فيها للنظام النشط بشكل كبير للتهديد. يقوم الأعضاء برسم حجم الدوائر باستخدام الألوان (الأحمر / تهديد ، أزرق / دافع ، أخضر / تسكين / انتساب) ، ويتم عمل الصياغات البسيطة بمساعدة المعالجين (انظر الشكل 12.3). من المهم غرس الأمل ودافعية الشفقة من خلال تقديم الأساس المنطقي لتقوية نظام التسكين كطريقة في الاتجاه المعاكس لنظام التهديد (الانتقال من الأحمر إلى الأخضر) ، وعمل توازن بين النظم الثلاثة للانفعال . ثم يستخدم المعالجون الصياغات للتصديق على مخاوف تنمية العطف نحو الذات (" أنا لا أستحق العطف ، حيث يجعلني ضعيفا وسريع التأثر ") ، وللآخرين (" سوف يستغلني الآخرون ، ويستخفون بمشاعري ") ، وتلقي العطف من الآخرين (" الناس خطرين ، ولا يمكن الوثوق بهم "). تم تنقيح صياغة الدوائر الثلاث خلال فترة العلاج. هذه الصياغة تقدم لغة طبيعية يقوم من خلالها العملاء بعمل خارطة للخبرة. وكلما زادت الثقة ، كلما نمت مهارات الشفقة ، وكلما يكشف البعض عن تأثير ذكريات التهديد الأولى.

3. بناء دافعية مشتركة للعطف من أجل التعافي

Building a Shared compassionate motivation to recover

لتقويم دافعية العطف ، يتم وضع هدف مشترك للتعافي. عادة ما يقوم الشعور المنتشر بسرعة التأثر بعد الحدث الذهاني بإعاقة الناس عن النظر إلى المستقبل. لتجنب التعامل مع إمكانية إعاقة خطط الفرد من خلال حدوث الأعراض مرة أخرى ، فإن الكثير من الناس يتبنون إستراتيجية الأمان " للتعامل مع اليوم كما هو " (Barnett & lapsley, 2006, Gumley & Park, 2010). يتوقع المعالجون المعوقات لوضع الهدف – مثل اليأس ، الهزيمة ، سرعة التأثر – كأمثلة على كيف يقف نظام التهديد حجر عثرة أمام عملية التعافي. يطلب من الأعضاء التشارك بشان ما يمثله التعافي من معنى بالنسبة لهم ، وموقفهم من عملية التعافي ، ومما تعافوا مؤخرا ، وإلى أين يذهبون – أيضا تعكس الأهداف الرغبة في نظام دافعية قوي - - أن

يكون لدى الفرد دافعية : أن تكون لديه طاقة ، أن يتعامل مع كل مهمة بشكل جيد ، أن يعيش بشكل مستقل ، ونظام تسكين / انتساب قوي — أن يحب الفرد نفسه أكثر وأكثر ، أن يهتم بنفسه كثيرا . أن يكون أكثر تقبلا ، وتفهما لذاته وللآخرين ، أن يكون مريحا في الصحبة ، أن يتمتع براحة البال ، ألا يخاف من الارتداد ، ألا تخبطه وجهات نظر الآخرين عن الوصمة (وصمة المرض) . أن يفكر بطريقة معقولة. عندما يسأل الأفراد عما يحتاجون إليه لكي يحققوا أهداف التعافي ، فإنهم يصبحون — عادة — على وعي بالمعوقات الماضية التي تم عندها تطبيق الخوف من الشفقة كعلامة على نظام التهديد النشط بشكل كبير ، والذي يمكن التغلب عليه تدريجيا ، وهذا يؤدي — بشكل طبيعي — إلى اتفاق على هدف التعافي المشترك لتنمية نظام تسكين / انتساب قوي. ولكي يتم تقوية فعالية الذات ، فإن المعالجين يذكرونهم بالتقدم الذي حققوه إلى الآن ، وإبراز الأنشطة أو العلاقات التي تعزز التعافي — ومن الممكن دعم ذلك بمشاهدة روايات التعافي في فيلم : على سبيل المثال الشبكة الاسكتلندية للتعافي (2008).

لتقوية دافعية العطف ، يدعو المعالجون الأعضاء إلى التفكير في التبصرات الضمنية في النموذج الارتقائي : نحن نعاني لأن نظام التهديد لدينا عالي الحساسية — ومع ذلك ، نحن ليس لنا تدخل في تصميمه . نحن ندرك أن الذهان والأنواع الأخرى من الاضطرابات ليست خطأنا ، ولكنها ترتبط جزئيا بالطريقة التي بنيت بها عقولنا ، وهذه ليس لنا فيها تدخل. هناك قوة بداخلنا جميعا تنمي مجموعة متوازية من المشاعر وذلك باختيار غرس الشفقة ؛ وهذا يعطينا بديلا للحياة في نظام التهديد. لذا ، فإننا نريد أن نراعي سعادتنا النفسية من خلال تجريب ممارسة العطف.

يتم تقديم وتكرار التدريب الرئيسي للوعي — كأول خطوة نحو تنمية الشفقة — في بداية كل جلسة (تدريب : كيف أنا ؟) يبدأ التدريب بتنظيم التنفس حتى يصل الإنسان إلى إيقاع تهدئة شخصي ، ثم بعد ذلك يقوم الأفراد بالتعلم عن الأحاسيس ، وعن التواصل بين الجسم والمقعد / الأرضية ، ثم يتم توجيههم لملاحظة انفعالاتهم ، وحالة عقولهم وأفكارهم باتجاه فضولي وطيب ، ومرحب أن يدع الشخص ما هو موجود

كما هو بدون أي دفع لهذا الشيء أو التعامل معه). إذا لاحظ الأفراد ضغوطا أو ألما ، يسألون أنفسهم عن أفضل شيء يمكن القيام به لصالح أنفسهم في هذه الحالة.

يعرف الوعي بأنه " معرفة ما يحدث أثناء حدوثه بدون تفصيل " (Nairn, 1999). إن التدريب على الوعي إذا يستلزم التدريب على ملاحظة جودة عقولنا ، وتتمثل نقطة البداية في هذا التدريب في تنمية الوعي المجسد للخبرة الانفعالية والجسمية للفرد ، والتي تبين أنها مفيدة للعملاء الذهانيين (Rohricht, 2009). إن هدف الوعي الأساسي عندنا هو جعل الشخص على ألفة بالخبرة الداخلية لديه ؛ تلك الخبرة التي ينفصل الشخص عنها غالبا لأنها مصدر القلق لديه ، تلك الخبرة التي ينفصل الشخص عنها غالبا لأنها مصدر القلق. فالوعي آمن الاستخدام مع الأشخاص الذين يتعافون من الذهان (Chadwick et al., 2005, Langer et al, 2011) ، وقد تبين أنه يحسن الأداء الإكلينيكي عند استخدمه بمفرده (Chadwick et al, 2009) ، ويقلل القلق المرتبط بالأعراض ومعدلات الإيداع في المستشفى عند استخدامه كجزء من العلاج بالتقبل والتعهد (Back & Hayes, 2002, Gaudiano & Herbert, 2006).

ومن خلال المشاركة في الخبرات الداخلية مع المجموعة ، فإن الأفراد يتعلمون نعت والتعبير عن ، والإقرار بصحة الانفعالات ؛ ومن خلال ذلك يتم التقليل من الحاجة إلى الانغلاق الداخلي على النفس ، وفي الوقت نفسه ، يتم توجيه الأفراد إلى ملاحظة الطبيعة العابرة وغير المادية للأحداث العقلية خصوصا طبيعة الانفعالات ، وهذا يهدف إلى زيادة تحمل القلق (Linehan, 1993). كما أن التدريب يسمح أيضا للناس بالاسترخاء عند الوصول إلى المجموعة. أما عن أولئك الذين لديهم قلق مرتفع لدرجة عدم القدرة على تغميض العين أو التركيز على التنفس ، فيمكنهم تركيز أحاسيسهم على منظر شيء معين في أيديهم (مثلا : كرة تنس ، حجر كريم) (Gilbert & Procter, 2006)

المرحلة الوسطى Middle Phase

تركز معظم الجلسات على النحو التدريجي للشفقة على الذات والآخرين. تتقدم تدريبات الشفقة من الاستقرار في المجموعة إلى الممارسات الخبراتية والمهارات التي يتم التدريب عليها خارج المجموعة. يحدد المعالجون ويعملون مع المعوقات التي قد تعوق تنمية العطف.

1. إقرار العطف في المجموعة : عقل المجموعة وتفاعلها

Grounding Compassion in the group : Group mind, interaction

بالإضافة إلى التصور، يتم تقديم طرق عيانية للوصول إلى الشفقة في المجموعة. يطلب من الأفراد الخلوص إلى معاني شخصية، وأمثلة حية أو من الإعلانات عن أنواع الشفقة مثل التعاطف، الحكمة، الشجاعة، العطف، الدفء، عدم إصدار الأحكام، أو الثقة الهادئة، وهذا يساعد على تنمية معنى مشترك للشفقة. ومن خلال السؤال عما يقوي ويضعف هذه الأنواع، يحدد الأفراد مخاوفهم الشخصية من الشفقة (مثلا : " إن عيب أن أكون طيبا يتمثل في أن الناس قد يستغلونني ")، ويكون لدى المعالجين الفرصة لتبديد أي خرافات (" إن الشفقة تعني القوة والشجاعة، وهذا يعني الثقة بنفسك عندما يقع الناس في عرضك ").

ثم يسأل المعالجون الأفراد تحويل المعنى المشترك عن الشفقة إلى عبارات يكتبونها على ملصوقة لتشكيل العقل العطوف للمجموعة. فلهم أن يتخيلوا ما يمكن أن يقوله لهم الرجل الكبير الحكيم، وما يمكنهم سماعه عندما يكونوا في حالة من الحزن والغم. يقوم الأفراد بمشاورة العقل العطوف للمجموعة لتنمية إعادة التأطير العطوف لصعوباتهم في كل جلسة. وعند هذه النقطة، من المهم تمييز الشفقة الذاتية عن تقدير الذات (Neff & Vonk, 2009)، حيث تبين أن الشفقة الذاتية تتنبأ بالشعور الإيجابي لقيمة الذات، وعدم الاعتماد على الإنجاز (نظام الدافع) مقارنة بتقدير الذات (Neff & Vonk, 2009). فتقدير الذات لدى هؤلاء الناس ضعيف

وكان ومازال محل تركيز التدخلات الخاصة (Barrowclough et al, 2003) ، وتنطوي الشفقة الذاتية على معالجة أنفسنا بالعطف في ضوء الفشل والضعف بغض النظر عن الإنجاز (انظر جدول 12.1).

جدول (12.1) نموذج حالة

مر رجل بخبرة بانهيار ذهاني بعدما تم التخلي عنه نتيجة إغلاق المصنع – وقد ذكرت أنها هي السبب في إغلاق المصنع بسبب خطأ ارتكبته. ونتيجة للشعور بالخزي والذنب الوهمي ، كان خائفا من الخروج أو السفر في المواصلات العامة ، لأنه يخاف من غضب زملائه السابقين ، وقد ذكرنا لنا الذنب في المجموعة ، وقلة القيمة ، وقلة الدافعية كأهم القضايا ، إلا أنه لم يشارك المجموعة في قصته. بدلا من ذلك ، انشغل بالتفكير الأسود والأبيض بأن الناس إما على خلق أو فاسدون. هذا هو الاعتقاد الذي كان يجلبه معه دائما إلى المجموعة ، ولكن ظل منغلقا على نفسه ، ولم يأخذ أي موقف عطوف. ومع نهاية المجموعة ، وصل إلى قناعة مع العقل العطوف للمجموعة بأنه " ليست هناك إنسانا كاملا " ، وأن " من الطبيعي أن يكون هناك شر في الدنيا ". وقد خلص إلى أن الإنسان إلى على خلق أو ليس بخلوق ، وأن الانحراف البسيط في الخلق لا يعني أنه ليس بخلوق. إن هذه المرونة الجديدة في التفكير جعلت أكثر تقبلا لنفسه وللآخرين. وبعد جلستين ، أعلن عن أنه قد رأى أي أحد زملائه السابقين في الأتوبيس. في البداية شعر بالخوف ، ولكن عندما رأى أن الرجل قد تعرف عليه ، ولم تظهر عليه علامات الغضب ، شعر بمزيد من الراحة. وفي النهاية شعرنا بالراحة والاسترخاء وهو خارج البيت. فلم يعد يفكر في أفكار لوم الذات ، وأصبح متسامحا مع نفسه عل ما فعل من خطأ سابق.

نظرا لأن الأعضاء غالبا ما يكون لديهم خبرات سلبية تتعلق بالسعي في طلب المساعدة ، فقد سئلوا تحديد الكيفية التي يريدون بها دعم ومساعدة بعضهم بعضها. قدم المعالجون فكرة توضيح الأعضاء لبعضهم البعض متى يكونوا في أسلوب التهديد مثل أن يكون الشخص غير عطوف مع نفسه (النقد الذاتي ، الانهزامية) أو يشك في

الآخرين (مثلا : الشعور بأنه ليس هناك أحد يثق فيه المرء ، فالناس سوف يخذلونني لا محالة ") ، والمساعدة في تقديم الأطر العطوفة لهذا الشخص. ومن ثم ، فإننا نعتمد على الحقيقة التي مؤداها أنه من السهل غالبا أن يكون المرء عطوفاً تجاه الآخرين أكثر منه تجاه نفسه. وأثناء التفاعل ، يوجه المعالجون الأعضاء إلى أن ينظر بعضهم إلى البعض الآخر لكي يتناغموا مع النظرة ، وتعبيرات وجه الشخص الذي يتحدثون إليه ، وينفتحون على النوايا الداعمة والودودة الطيبة. وهذا من شأنه أن يقوي التعاون وفهم النموذج.

2 - تنمية الشفقة داخل المرء : التقدير الواعي ، التصور العطوف

Developing compassion within self : mindful appreciation, compassionate imagery

- التقدير الواعي : لكي يتم تحفيز نظام التسكين / الانتساب بطريقة غير تهديدية ، يتم تعليم الأعضاء تقدير الشيء اليومي السار من خلال التريث ، استكشافه وتذوقه بأحاسيسهم (مثلا تصور انك شخص غريب لم ترى وردة من قبل) (Gilbert, 2009, PP.235- 338). يندهش معظم الناس من ملاحظة أن خبراتهم الحسية قوية ، وأن هذا يساعد على الوصول إلى الوجدان الموجب بطريقة رقيقة. يتم تشجيع الأفراد على انتهاز الفرص لتقييم الأنشطة اليومية (الطعام ، والاستحمام) والأحداث في الطبيعة (غناء الطيور ، شروق الشمس) ، وملاحظة أحاسيسهم وأفكارهم ومشاعرهم. هذا التدريب البسيط يستثير ردود الفعل الانفعالية لدى بعض الأفراد ذوي الاضطراب الوجداني في مجموعاتنا.

التصور العطوف : لكي نحفز نظام التسكين / الانتساب ، فإننا نستخدم قوة التصور ، ونوضح الأساس المنطقي لاستخدام التصور من خلال سؤال العملاء أن يتصوروا وجبتهم المفضلة ، ويلاحظوا التأثيرات الفسيولوجية القوية (زيادة سيلان اللعاب ، قعقعة (المعدة) للتصور على أجسامهم. إن الهدف من التصور العطوف هو

تنمية الذات العطوفة ، التي يتعلم منها العملاء الانخراط في الأجزاء الإشكالية (النفس الغاضبة ، القلقة ، والخجولة أو التي تشعر بالذنب). إن أهم خطة نحو الذات العطوف – بالنسبة لبعض الناس – هي الشعور بالأمان البينشخصي من خلال تصور أن العقل الآمر (إنساني ، أو غير إنساني) لديه نوايا حسنة نحو الاستعداد الواعي لتقديم الشعور بالأمان الجسمي من خلال إيقاع التنفس والتسكين أو التهدئة.

التدريب الأول المفيد يتمثل في تصور المكان الآمن. إن المناقشات عن المكان الآمن الحقيقي الذي يشعر فيه الأفراد بالراحة ، والهدوء والاسترخاء يمكن أن يساعد على تنشيط التصور المفيد. أما التصورات غير المفيدة فهي في الغالب البحث عن الأمان مثل الاختباء في السرير على عكس نقل الشعور بالأمن المتحرر من التهديد. هناك تدريب آخر يتمثل في دعوة العملاء أن يتصوروا لونا لطيفا هادئا يتسم بالدفء والود ، والحكمة والقوة. فهم يتصورون هذا اللون العطوف وهو يحيط بهم ويتدفق خلال أعماق قلوبهم.

يزداد الوعي بالتصورات بحيث يتآلف العملاء مع الشعور بأن العقل الآخر يريدهم في حالة من الازدهار. فالمكان الآمن " يرحب بك ، ويسعد لوجودك فيه " ، واللون العطوف ينوي مساعدتك ومعافاتك ".

أما التدريب اللاحق ، فينطوي على سؤال الأعضاء تذكر أول مرة كان لديهم فيها مشاعر ود وعطف ورعاية تجاه شخص ما أو حيوان أليف (حيث إن هذا أقل تهديدا) ، وبعد ذلك يطلب منهم تذكر أنه قد تلقوا شفقة من شخص آخر. إذا كان العمل مع الذكريات صعبا بسبب قلة خبرات الرعاية ، يمكن أن يستخدم الأعضاء التخيل لتصور شفقة الآخر ، والتي تتسم بالآتي : (أ) الالتزام العميق بك وبمساعدتك على أن تكون في أحسن حالة (ب) الحكمة التي تأتي من الفهم العميق لحالتنا البشرية والمعاناة الشخصية لكل منا ، (ج) الثقة الهادئة وقوة العقل التي لا يرهقها الألم ، (د) الدفء الذي تنقله الرقة ، والرعاية ، والانفتاحية ، (هـ) قبولك كما أنت ، وليس بالكيفية التي تعتقد أنه ينبغي أن تكون عليها (Gilbert, 2010, PP 188- 192). ينبغي أن تأخذ التصورات شكلا إنسانيا (مثلا ، رجل حكيم / امرأة حكيمة ، عجوز حكيم) أو غير إنساني (مثل ، ضوء الشمس ، قوس قزح ، شجرة عجوز).

يتم توجيه العملاء إلى استكشاف الخصائص الحسية للصورة ، ويركزن على تعبيرات الوجه ، نبرة الصوت والإيماءات الصادرة عنهم وعن الآخر العطوف.

أخيرا ، يبدأ الشخص في تنمية الذات العطوفة، على سبيل المثال ، بالتركيز على هذه الخصال العطوفة في نفسه ، وتصور أنها تتسع لتشمل الآخرين ، كما يتم تشجيع الأفراد على ممارسة الاضطلاع بهذه الخصال بشكل منتظم (مثلا : أن يكون الفرد شغوفا وحكيما في كل صباح قبل الاستيقاظ) بهدف القدرة على الوصول إلى شعور الشفقة الذي يتدفق بدون جهد عندما يكون الفرد حزينا كئيبا (Gilbert, 2010, PP 159-164). لقد استطاع كل الأعضاء في مجموعتنا الانخراط في التصور، إلا أن بعض الأفراد قد مروا بخبرة ذكريات الصوت والصدمات التي تدخلت اقتحاما أثناء التصور، ولكن استطاعوا إعادة التركيز على مشاعر الأمن من خلال التوجيه والممارسة. لقد اندهش معظم الأفراد من قدرتهم على السيطرة على عقولهم من خلال التصورات التي استمالت التسكين والارتباط (انظر جدول 12.2 لدراسة حالة).

جدول (12.2) نموذج حالة

لزمت سيدة كبيرة البيت بسبب بعض المشكلات ، البارانويا ، الوصمة ، والمخاوف من أن يهاجمها أحد عندما تخرج من البيت. على الرغم من التردد في السفر إلى اللقاءات ، إلا أنها استمتعت بالمجموعة واشتركت بشكل جيد. فقد استخدمت النوايا العطوفة لتأكل بشكل أكثر صحة ، وعملت لتعرض نفسها على الآخرين بدون خوف. وبدون أي توجيه من المعالجين بدأت الخروج ، وفي النهاية استطاعت السفر إلى المدن الكبرى بالأتوبيس للذهاب للتسوق بمساعدة أحد الأصدقاء. وعندما كانت تسافر وحدها كانت تستخدم الصورة العطوفة للصديقة ، تلك الصورة التي كانت تمدها بالقوة الداخلية ، والهدوء ، وتحمل ألم الظهر. ومن خلال الشعور بالثقة ، قررت المشاركة في نادي محلي ، والسفر لرؤية الأصدقاء والعائلة.

إن خبرات العملاء أثناء المحاربة يتم استكشافها من خلال التركيز على الأحاسيس الجسمية مثل الدفء والخفة. ومن خلال إبراز خبرات الأعضاء عن الشفقة ، والتهديد ، والدافع ، يقوم المعالجون بمقارنة الحالات الجسمية المختلفة ، والأفكار ، والمشاعر ، والدوافع التي تميز الحالات المختلفة. ويلفت الانتباه إلى ما تكون عليه حالة الجسم عند الشعور بالخجل أو الهزيمة مقابل الشعور بالبهجة أو الإثارة ، والمنافسة مقابل الأمن ، والاسترخاء ، والارتباط. فيمكن التحول بين الحالات بشكل عياني ، وذلك من خلال سؤال العملاء القفز إلى الدوائر الحمراء ، والزرقاء ،والخضراء.

1. ممارسة المهارات العطوفة : الانتباه ، السلوك ، التفكير

Practicing compassionate skills : Attention, Behavior, thinking

هناك ممارسة لمهارة أخرى وهي سؤال العملاء صياغة النية العطوفة التي يمكن أن يجلبوها معهم إلى النشاط اليومي الروتيني ، هذا النشاط الذي يقومون بإعطاء أنفسهم الدافعية للقيام به. على سبيل المثال ، قد يفضل البعض أن يقولوا لنفسهم أو عند أداء النشاط " أنا تهيأت لأبين لأفراد أسرتي الذين يرعونني ، أنني أستطيع رعاية نفسي أيضا ". قد تم دعوة العملاء للتريث وتركيز انتباههم على النية ، والخبرة الحسية ، على سبيل المثال ، الماء الدافئ على جلد جسمهم ، وأن يمتدحوا نفسهم على قيامهم بالجهد للانخراط في النشاط بغض النظر عما إذا كانوا سوف يستكملون هذا النشاط أم لا. أعلن الأعضاء عن زيادة الشعور بالإتقان ، والسعادة ، والراحة عند أداء الأنشطة وأصبح لديهم الدافع لأداء والمشاركة في العديد من الأنشطة الأخرى. هناك نوايا عطوفة أخرى ، وتشتمل على الاستيقاظ قبل منتصف اليوم ، تناول الفطور ، تناول الطعام الصحي ، والتغلب على المشكلات المختلفة ، على سبيل المثال ، والسفر في المواصلات العامة. جدول (12.3) يقدم مثالا على ذلك .

جدول (12.3) نموذج حالة

تم إعفاء أحد العملاء (رجل) من المستشفى بعد حدث ذهاني يتسم بالأوهام الاضطهادية ، ومحاولات الانتحار عندما انضم إلى المجموعة. فقد أعلن عن أنه يشعر بالعذاب بسبب أفكاره ، ومشاعر الغضب ، والخجل والهزيمة التي تعود إلى الصدمة والإذلال في الماضي. من الخارج ، يبدو عليه البطء والتسطيح في الوجدان ، كما يفتقد إلى الدافعية للاستيقاظ أو الاستحمام ، وينام حتى منتصف النهار. ولقد حدث أول تغيير عندما تخيل سماع الكلمات المشجعة ، والتمنيات الطيبة من المحبين ، حيث ساعده هذا على الاستيقاظ والاستحمام وتناول الفطور ، مما زاد من إتقانه وطاقته وحيوية. كما أنه مر بخبرة تصور المكان الهادئ والأمن ، وذلك ساعده على التخلص من العذاب الداخلي. كما أنه من خلال هذه الممارسات التي جعلته قويا – أصبح قادرا على التخلص من القلق والأفكار المؤذية بسهولة ، وجعلته يشعر بالهدوء ، والرضا ، والتفاؤل بشأن المستقبل ، وعاوده النشاط الانفعالي.

في كل جلسة ، يوجه المعالجون الأعضاء إلى الوصول إلى طريقة عطوفة من الانتباه ، والتفكير ، والشعور ، والتصرف عند مواجهة الصعوبات. وخارج الجلسات ، يمارس الأعضاء التأطير العطوف للصعوبات باستخدام المذكرات كما هو موضح في جدول (12.2) (Gilbert, 2009, PP. 423 – 425).

جدول (12.1) أمثلة على استخدام مذكرة إعادة التأطير العطوف

ما الذي يجعلك تشعر بالاكتئاب ؟	ردود الأفعال الحالية	التحول إلى النفس العطوفة	التفكير العطوف	السلوك العطوف
رؤية أحد الجيران في الشارع لا يعلم أنني كنت في المستشفى	الانفعال : القلق ، الحزن ، الخجل ، سرعة التأثر الجسم : التوتر ، الاشمئزاز الأفكار : سوف يسألني أين كنت سوف يعلم أنني كنت في المستشفى. سوف يرى أنني شخص خاسر. سوف يحتقرني وتجنبني. السلوك : التجنب	1- أهدئ من نفسي. 2- أتنفس ببطء. 3- اضع يدي على قلبي. 4- أبتسم ابتسامة رقيقة مصطنعة. 5- أتصور أنني حكيم وعطوف.	لست وحدي من يشعر بهذا. فالناس الذين كانوا معي في المستشفى يتعاملون مع الخوف من الوصمة ، أيضا ، من المفهوم أن أشعر بالخوف من حكم الناس علي. الذهان ليس خطأي ، أنا لم أختاره. أنا لا أعراف فيما يفكر. كلما استطعت أن أفهم الصعوبات التي	سوف أتحدث إلى شخص أثق به عما أشعر به. يمكن أن أتبع مدخلا معينا حتى أستطيع الخروج مما أنا عليه – يمكن أن أبدأ بالذهاب مع زميل في المرة القادمة. لو رأيته في المرة القادمة ، سوف أبتسم في وجهه وأرى رد فعله.

			عندي ، كلما كان من السهل علي مواجهة الآخرين. أنا راضي عن نفسي ، وأقبل نفسي على ما هي عليه.	

تتم المساعدة في تعليم الاستجابات الشغوفة من خلال جو المجموعة ، والدعم من المعالجين والأعضاء ، والعقل العطوف ، والشعور النامي في التدريبات الخبراتية ، وأخيرا ممارسة الحياة اليومية والمتمثلة في الأسئلة الصعوبية " تخيل نفسك ذلك الحكيم والعطوف ، ما هو الشيء الحكيم والعطوف الذي يمكنني أن أفعله لنفسي في هذه اللحظة ؟. ففي مجموعاتنا ، لاحظنا أنه كلما قام الأعضاء بتنمية الشفقة الذاتية ، كلما كانوا أكثر قدرة على الحديث عن الخبرات الشخصية والمؤلمة. عند تنمية استجابات معينة للتفكير البارانويدي ، من الممكن أن يكون التمييز بين العقل العطوف والعقل المنطقي مفيدا (Gumley & Schwannquer, 2006). لقد أوضحت البحوث في علم الأعصاب أن الأفراد المرتفعين في النقد الذاتي يمكنهم المرور بخبرة الشفقة الذاتية على أنها شيء بغيض (Rokcliff et al, 2008, Rockcliff et al, 2011). يحتاج المعالجون إلى توضيح أن استثارة نظام التسكين (التهدئة) يمكن أن يبدو غير مألوف في البداية ، ويمكن أيضا تنشيط الوجداني السلبي مثل الحزن الذي طالما تم منعه. فمنذ البداية ، يقوم المعالجون بالتفكير في المعوقات مثل النقد الذاتي ، وعدم الثقة ، وقلة التعاطف تجاه الآخرين ، وتفسير ما يقومون به على أنه استراتيجيات أمان ، وهي الآن تقف حجر عثرة أمام التعافي. إن الاعتراف بأن معظم الأعضاء يشتركون في الخوف من الآخرين ، ويشعرون بسرعة التأثر – يساعد على

تقليل القلق (Lincoin et al., 2010). قد يمتدحهم المعالجون أيضا على شجاعتهم في القدوم إلى المجموعة – فالشجاعة تتساو مع الشفقة. يقوم المعالجون بإجراء تدريبات الشفقة مثل التجارب السلوكية ، حيث تسأل الأعضاء اختبار ما إذا كانت النواتج المخيفة (والمتمثلة في الأعباء الثقيلة من التوتر والقلق ، الكسل ، سرعة التأثر ، تطفل الآخرين ، الاستغلال من قبل الغير) قد حدثت (انظر جدول 12.4).

جدول (12.4) نموذج حالة.

كان أحد أعضاء المجموعة (رجل) خائفا من تنمية الاستجابات العطوفة لنقص الدافعية لديه لزيادة مستويات النشاط. فقد نشأ على أخلاق عملية قوية جدا ، وهو قاس على نفسه بشأن صعوبة إتمام الأعمال. فمنذ أن مر بخبرة الذهان والاكتئاب ، أصبح خجولا ، وناقدا لذاته. فقد كان قلقا من أنه إذا أخذته بنفسه الشفقة فإن ذلك يعني أنه سوف يصبح فاشلا ، وسوف يراه الناس على أنه كسول وضعيف. قام المعالجون بمساعدته على إعادة تأطير معتقداته بشأن الشفقة من خلال " الشيء الحكيم الذي تقوم به من أجل نفسك " ، وهو – في حالته – تشجيعه برفق أن يقوم بأعمال أكثر قليلا كل يوم ، ويمتدح نفسه ، وينخرط مع أفكاره الناقدة بطريقة مفهومة ، وهذا قد أكد له وللآخرين أن الاستجابة العطوفة تحتاج إلى شجاعة وليست بالأمر اليسير.

المرحلة الختامية Ending Phase

1- الروايات العطوفة Compassionate Narratives

أثناء المرحلة الوسطى ، ينمي الأعضاء الأمان في التعبير عن التأثيرات السالبة في الماضي والحاضر ، ويتعلمون ربطه بزيادة الدفء والتقبل. وفي أثناء المرحلة الختامية ، يقومون بتقوية هذه المهارة من خلال التأمل في التغيرات في التعافي من الطريقة

العطوفة. إن بناء الروايات العطوفة من خلال الكتابة والمشاركة في المجموعة يهدف إلى مساعدة الأفراد على دمج الذهان وتأثيره من أجل مساعدتهم على الانتقال والتعامل مع الإخفاقات المستقبلية. نظرا لتباين الأعضاء فيما يتعلق بقدراتهم العقلية والمعرفية ، وفيما يتعلق بالدرجة التي يمتلكون عندها الذهان وأي صدمة أو خسارة أساسية ، فإن المعالجين يدعمنهم في تنمية رواياتهم عند مستواهم – مثل التركيز على صعوبة معينة قد تغلبوا عليها ، أو أن يكون لهم منظور خاص بهم (انظر جدول 12.5).

جدول (12.5) نموذج حالة

كان أحد الأعضاء (رجل) يضمر الأوهام الاضطهادية ، ويعاني من الأعراض الاكتئابية الحادة ، حيث إن وجدانه كان مضطربا بشكل واضح. فقد اعتقد أن صاحب محل لبيع الصحف قد أضله بشأن الفوز بتذكرة يدعيها لنفسه. شعر الرجل أنه قد خدع ، وشعر بالإذلال ، وكانت لديه خطط انتقامية لقتله ، إلا أنه قاومها. انخرط الرجل بشكل جيد في المجموعة ، وعمل الشفقة ، خصوصا في التقليل من النقد الذاتي بشأن العمل على إنجاز أدواره ومهامه اليومية وتحسين قبوله لذاته. ولقد استطاع التحول من التفكير في اعتقاده الوهمي إلى إعادة تأطيره كعقل نشط بشكل كبير ضد التهديد. وعندما تشارك مع الآخرين في قصته في الجلسة الأخيرة ، استطاع أن يصبح على اتصال مباشر مع الحزن بشأن قلة التسكين والشفقة في الطفولة. هذا التنشيط للحزن ساعد هذا العضو على التقدم في العلاج الفردي بعد العلاج الجمعي.

2- تيسير الانتقال Facilitating Transition

يقوم المعالجون بوضع نفس الاهتمام في تيسير نهاية الجلسة ن كما فعلوا بالضبط عند بنائها. إن النهاية من الممكن أن تستثير مشاعر الخسارة ، والتي قد تؤدي بالفرد إلى الانسحاب ، والانغلاق مرة أخرى ، ومن ثم ، يتم تشجيع الأعضاء على دمج ترتيب الشفقة في حياتهم اليومية ، وتنمية ممارسة منتظمة مع بداية المرحلة الوسطى.

يتم عمل خطة فردية لكل شخص ليبني عليها كل ما كان مفيدا له. ولكي يتم مساعدة الأعضاء على الارتباط بمشاعر الشفقة، فإنه يتم إعطاؤهم اسطوانة بالممارسات وخطاب خاص بالشفقة من عقل المجموعة كموضوع انتقالي. ولكي يتم مساعدة الأعضاء في البناء على تحقيق الروابط مع الآخرين في المجموعة، يتم مناقشة الطرق التي يستطيعوا من خلال الوصول إلى الدعم الاجتماعي. ولقد اختار المشاركون في مجموعاتنا الاستمرار في مقابلة المجموعة، وحضور وروس تتحدث عن نفس الموضوعات (التأمل، والفلسفة (العملية) ، والانضمام إلى نادي الصحة العقلية الذي ينظم أنشطة اجتماعية أسبوعية، والمشاركة في أنشطة منتظمة أو حضور الأحداث مع الجيران، أو الأصدقاء، أو الأسرة. وفي الجلسة الأخيرة، تتأمل المجموعة فيما تم تعلمه، وكيفية الحفاظ على المكتسبات.

العمل مع الأعراض الذهانية المتبقية

Working with residual psychotic symptoms

في حالة الأفراد الذين يمرون بخبرة الضغوط المرتبطة بالأعراض الذهانية المتبقية، فإن من المهم بالنسبة للمعالجين الإقرار بالضغوط التي يشعر بها الأفراد، وعليهم مساعدة الشخص في الوصول إلى طريقة مفيدة للشعور بالأمان والاحترام هنا وهناك. وفي حالة الأفكار البارانويدية، فإن المعالج لا يتآمر ولا يجادل بشأن محتوى الأوهام ولكن يركز على تصديق ومحتوى الوجدان (من المعلوم أنك تشعر بالخوف، وهذا أمر معقول وطبيعي، إذا كنت قلق من أن الآخرين. ربما يلحقون بك أذى. ما هي الطريقة المفيدة في التعامل مع هذا الخوف الآن ؟ ما الذي يمكننا أن نفعله في المجموعة لنساعدك في أن تشعر بالأمان ؟). إذا ما كان العضو يشعر بأنه مراقب، ويتآمر ضده ويلاحظ المجموعة، وقد يحتاج إلى عمل مسح لنوايا الأفراد (خاصة غير الحسنة) نحو، ويتحسسهم بالنظر إليهم، والابتسامة إليهم. كما أن الأعضاء أيضا يشعرون بالطمأنينة من خلال العبارات الداعمة والتعاطفية من الآخرين الذين تعلموا

لكيفية مجابهة البارانويا. ويتم تذكير الناس بأن نظام التهديد مصمم للعقل السريع وسوف يفيض علينا بالأفكار التي قد لا تكون صحيحة بالضرورة. تهتم النفس العطوفة بفصل المخاوف واستراتيجيات الحماية الزائدة لنظام التهديد عن الحقيقة.

غالبا ما تقوم الأوهام الاضطهادية والطبيعة الروحانية بوظيفة وقائية (ضد الخجل من الإساءة ، أو الصدمة ، أو الخسارة التي حدثت في الماضي) ، ولا ينبغي عدم الإقرار عليها ، ولكن ينبغي صياغتها ضمن نموذج الشفقة ، وفي استكشاف آخر ، غالبا ما يمر الأفراد بخبرة الصور الروحانية على أنها تحتوي على سمات ناقدة أو عقابية. هؤلاء الأفراد يتم توجيههم إلى ممارسة الشفقة التي توجد في الحقيقة مثل تذكر تفاعل ودود مع عضو آخر أو حيوان أليف أو تنمية الذات العطوفة.

الميكانيزمات العلاجية الممكنة

Possible therapeutic Mechanisms

وصف المشاركون في مجموعتنا التحسينات بلغة تناقص الخجل والنقد الذاتي ، وزيادة الشفقة الذاتية ، المرونة الانفعالية ، الارتباط الاجتماعي وتنشيط الوجدان السالب والموجب ، وهذا يتناغم مع هدف العلاج المتمركز حول الشفقة ، لوحظ ذلك على العملاء خارج العيادات (Gilbert & Procter, 2006, Gilbert, 2010,) (Lowens, 2010) إن تنشيط الحزن ييسر التقدم في العلاج الفردي اللاحق. كما أعلن الأعضاء أيضا عن تحسن في الدافعية ، وتقدير الذات ، والمرونة في التفكير على الرغم من هذه لم تكن مستهدفة بشكل مباشر في العلاج. قرار العديد من الأفراد التعامل مع قضايا القلق بأنفسهم. على سبيل المثال – بتعريض أنفسهم تدريجيا للمواقف المخيفة (السفر في المواصلات العامة ، الانضمام إلى مجموعة ، حضور اللقاءات الجماعية) ، وقد ذكر ذلك أيضا في العلاج المتمركز حول العطف لاضطرابات القلق (Welford, 2010). فيما يبدو أن العلاج المتمركز حول الشفقة قد ساعد الفرد على تنمية الدفء والشجاعة اللازمين للاقتراب مما يخاف منه –

الوجداني السالب والانتساب مع الآخرين (Gilbert, 2010, P.175). تؤيد ذلك نتائجنا التي تشير إلى ارتباط العملاء بأنفسهم وبالآخرين من ناحية الشفقة ، وقد تبين أيضا أنهم أقل تجنبا للوجدان السالب عن الحديث عن الذهان والتعافي بعد المشاركة في مجموعة العلاج المتمركز حول العطف (Braehler et al. In Press).

لقد افترضنا أن العطف تيسر إعادة ظهور الوجدان المكبوت إلى السطح مرة أخرى ، وتعمل كفراء روائي يطمر الوجدان في الذاكرة الأوتوبيوغرافية. إن الروايات التي تتميز بالذات الأوتوبيوغرافية المترابطة وذات المعنى تعتبر مؤشرا على التعافي بشكل جيد من الذهان (Lysaker et al, 2003, 2005, 2007, 2010). ولقد تبين أن دمج الوجدانيات غير المترابطة يقلل من اقتحام الذات وعدم ثباتها (Liotti & Gumley, 2009).

إن خصوصية الفشل في العقلانية في الذهان ، وكيف أنه يرتبط بنظام الانتساب ليست واضحة. فالقدرات العقلانية تنشأ في الأمن الذي يمر به الفرد في الارتباط المبكر والعلاقات الانتسابية المبكرة الأخرى (Fonagy et al, 2011, Liotti & Gilbert, 2011). ربما يخلق العلاج المتمركز حول الشفقة الحالات الضرورية للعقلانية المراد تنميتها : تقديم الأمن البينشخصي للعمل على استكشاف المرء لعقله ، وعقل الآخرين وعقل العمليات ، حيث نصل إلى فهم دوافع الآخرين ، ومعتقداتهم ، وانفعالاتهم.

الخلاصة Conclusion

يرتبط الذهان بصعوبات رئيسية في تنظيم الوجدان وتجهيز التهديد. وبناء على العمل الذي وصفناها ، فإننا نرى أن العلاج الجمعي المتمركز حول العطف واعد ، وينشئ تدخلات لتقليل التجهيز الإشكالي للتهديد ، كما أنه يقدم إطار عمل لدعم التعافي الانفعالي من الذهان ، والذي يمكن تطبيقه على مستوى الفرد ، أو المجموعة ، أو الأسرة ، أو خدمات الصحة العقلية.

Note ملحوظة

يوجد موقع على شبكة الانترنت ، يسمى مؤسسة العقل العطوف يرأسها البروفيسور باول جيلبرت ، وتقدم معلومات عن التدريب على العلاج المتمركز حول العطف ، والموارد العملية للمعالجين (مثل المواد في العملية النفسية – التربوية ، الوعي ، والتصور) ، الأدبيات وإمكانية الالتحاق ، بالاهتمام الخاص (على سبيل المثال للذهان) أو المجموعات المحلية للإشراف بعد التدريب على العلاج المتمركز حول العطف. www.compassionatemind.co.uk/index.html

المراجع

Bach , P. and Hayes, S.C. (2002) The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial . Journal of Consulting and Clinical Psychology , 70 (5) , 1129 – 1139 .

Barnett, H. and Lapsley , H. (2006) Journeys of despair, journeys of hope: Young people talk about severe mental distress, mental health services and recovery . New Zealand Mental Health Commission Research Report .

Barrowclough , C. , Tarrier , N. , Humphreys , L. et al . (2003) Self-esteem in schizophrenia: Relationships between self-evaluation, family attitudes, and symptomatology . Journal of Abnormal Psychology , 112 (1) , 92 – 99 .

Bateman, A. and Fonagy , P. (2007) Mentalization-based Treatment for Borderline Personality Disorder: A Practical Guide : Oxford : Oxford University Press.

Bebbington , P.E. , Bhugra, D. , Brugha, T. et al . (2004) Psychosis, victimisation and childhood disadvantage: Evidence from the second British National Survey of Psychiatric Morbidity . The British Journal of Psychiatry , 185 (3) , 220 – 226 .

Belsky , J. , Bakermans-Kranenburg , M.J. and van Ijzendoorn , M.H. (2007) For better and for worse: Differential susceptibility to environmental influences . Current Directions in Psychological Science , 6 , 300 – 304 .

Berry , K. , Barrowclough , C. and Wearden , A. (2008) Attachment theory: A framework for understanding symptoms and interpersonal relationships in psychosis . Behaviour Research and Therapy , 46 (12) , 1275 – 1282 .

Bhugra, D. , Leff , J. , Mallett, R. et al . (1997) Incidence and outcome of schizophrenia in whites, Afro-Caribbeans and Asians in London . Psychological Medicine , 27 , 791 – 798 .

Birchwood , M. (2003) Pathways to emotional dysfunction in first-episode psychosis. The British Journal of Psychiatry , 182 (5) , 373– 375.

Birchwood , M. , Iqbal , Z. , Chadwick , P. et al . (2000a) Cognitive approach to depression and suicidal thinking in psychosis: I. Ontogeny of post-psychotic depression . The British Journal of Psychiatry , 177 (6) , 516– 528.

Birchwood , M. , Meaden , A. , Trower , P. et al . (2000) The power and omnipotence of voices: subordination and entrapment by voices and significant others . Psychological Medicine , 30 (2) , 337 – 344 .

Birchwood , M. , Trower , P. , Brunet, K. et al . (2006) Social anxiety and the shame of psychosis: A study in first episode psychosis . Behaviour Research and Therapy , 45 (5) , 1025 – 1037 .
Braehler , C. , Gumley , A.I. , Harper , J. et al . (in press) Exploring change processes in Compassion Focused Therapy in Psychosis: results of a feasibility randomized controlled trial . British Journal of Clinical Psychology .
Braehler , C. and Schwannauer , M. (2011) Recovering an emerging self: Exploring reflective function in recovery from adolescent-onset psychosis . Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice , 85 (1) , 48 – 67 .
Chadwick , P. , Hughes, S. , Russell , D. et al . (2009) Mindfulness groups for distressing voices and paranoia: A replication and randomized feasibility trial . Behavioural and Cognitive Psychotherapy , 37 (4) , 403 – 412 .
Chadwick , P. , Newman-Taylor , K. and Abba, N. (2005) Mindfulness Groups for people with psychosis . Behavioural and Cognitive Psychotherapy , 33 (3) , 351– 359.
Cozolino , L. (2007) The Neuroscience of Human Relationships: Attachment and the Developing Brain . New York: Norton .
Depue , R.A. and Morrone-Strupinsky , J.V. (2005) A neurobehavioral model of affiliative bonding . Behavioral and Brain Sciences , 28 , 313 – 395 .
Dozier , M. (1990) Attachment organization and treatment use for adults with serious psychopathological disorders. Development and Psychopathology , 2 (1) , 47 – 60 .
Fonagy , P. , Bateman, A. and Bateman, A. (2011) The widening scope of mentalizing: A discussion . Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice , 84 (1) , 98 - 110 .
Fonagy , P. , Gergely , G. , Jurist , E. et al . (2002) Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self . London : Karnac Books.
Frame , L. and Morrison, A.P. (2001) Causes of posttraumatic stress disorder in psychotic patients . Archives General Psychiatry , 58 , 305 – 306 .
Freeman , D. and Garety , P.A. (2003) Connecting neurosis and psychosis: the direct influence of emotion on delusions and hallucinations . Behaviour Research and Therapy , 41 (8) , 923 – 947 .
Garcıa-Cabeza , I. and Gonzȧlez de Chȧvez , M. (2009) Therapeutic factors and insight in group therapy for outpatients diagnosed with schizophrenia . Psychosis, 1 (2) , 134 – 144 .
Garfield , S. (1995) Unbearable Affect: A Guide to the Psychotherapy of Psychosis . Oxford : John Wiley and Sons .
Gaudiano , B.A. and Herbert , J.D. (2006) Acute treatment of inpatients with psychotic symptoms using Acceptance and Commitment Therapy: Pilot results . Behaviour Research and Therapy , 44 (3) , 415 – 437 .
Gilbert, P. (1989) Human Nature and Suffering : New York : Guilford .
Gilbert, P. (1993) Defence and safety: Their function in social behaviour and psychopathology . British Journal of Clinical Psychology , 32 (2) , 131 – 153 .
Gilbert , P. (2000) Social mentalities: Internal 'social' conflicts and the role of inner warmth and compassion in cognitive therapy . In P. Gilbert (ed.) Genes on the Couch: Explorations in Evolutionary Psychotherapy (pp. 118–150): Hove, UK : Brenner-Routledge .
Gilbert, P. (2005) Compassion: Conceptualizations, Research, and Use in Psychotherapy . London : Brunner-Routledge .
Gilbert, P. (2009) The Compassionate Mind . London : Constable & Robinson .

Gilbert, P. (2010a) Compassion-focused Therapy: Distinctive Features (CBT Distinctive Features) . London : Routledge .

Gilbert , P. (2010b) An introduction to compassion focused therapy in cognitive behavior therapy . International Journal of Cognitive Therapy , 3 (2) , 97 – 112 .

Gilbert, P. and Andrews, B. (1998) Shame: Interpersonal Behavior, Psychopathology and Culture . Oxford : Oxford University Press.

Gilbert, P. , Birchwood , M. , Gilbert, J. et al . (2001) An exploration of evolved mental mechanisms for dominant and subordinate behaviour in relation to auditory hallucinations in schizophrenia and critical thoughts in depression . Psychological Medicine , 31 , 1117 – 1127

Gilbert, P. and Procter , S. (2006) Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: overview and pilot study of a group therapy approach . Clinical Psychology and Psychotherapy , 13 (6) , 353 – 379 .

Green , M.J. and Phillips , M.L. (2004) Social threat perception and the evolution of paranoia . Neuroscience and Biobehavioral Reviews , 28 (3) , 333 – 342 .

Grepmair , L. , Mitterlehner , F. , Loew , T. et al . (2007) Promoting mindfulness in psychotherapists in training influences the treatment results of their patients: A randomized, double-blind, controlled study . Psychotherapy and Psychosomatics , 76 , 332 – 338

Gumley , A. , Braehler , C. , Laithwaite , H. et al . (2010) A compassion focussed model of recovery after psychosis . International Journal of Cognitive Psychotherapy , 3 (2) , 186 – 201

Gumley , A. , O'Grady , M. , Power , K. et al . (2004) Negative beliefs about self and illness: a comparison of individuals with psychosis with or without comorbid social anxiety disorder . Australian and New Zealand Journal of Psychiatry , 38 (11–12) , 960 – 964 .

Gumley , A. and Park , C. (2010) Relapse prevention and early psychosis . In P. French , D. Shiers , M. Reed et al . (ed.) Promoting Recovery in Early Psychosis: A Practice Manual (pp. 157 – 167). Chichester : Wiley-Blackwell .

Gumley , A. and Schwannauer , M. (2006) Staying Well After Psychosis: A Cognitive Interpersonal Approach to Recovery and Relapse Prevention . Chichester : John Wiley and Sons

Harrison , G. , Hopper , K. , Craig , T. et al . (2001) Recovery from psychotic illness: A 15- and 25-year international follow-up study . The British Journal of Psychiatry , 178 (6) , 506 – 517 .

Iqbal , Z. , Birchwood , M. , Chadwick , P. et al . (2000) Cognitive approach to depression and suicidal thinking in psychosis. 2. Testing the validity of a social ranking model . British Journal of Psychiatry , 177 , 522 – 528 .

Johnson , D.P. , Penn , D.L. , Fredrickson , B.L. et al . (2011) A pilot study of loving kindness meditation for the negative symptoms of schizophrenia . Schizophrenia Research , 129 (2) , 137 – 140 .

Kanas, N. (1996) Group Therapy for Schizophrenic Patients . Washington, DC : American Psychiatric Press.

Karatzias , T. , Gumley , A. , Power , K. et al . (2007) Illness appraisals and self-esteem as correlates of anxiety and affective comorbid disorders in schizophrenia . Comprehensive Psychiatry , 48 , 371 – 375 .

Kirsch , P. , Esslinger , C. , Chen , Q. et al . (2005) Oxytocin modulates neural circuitry for social cognition and fear in humans . Journal of Neuroscience , 25 (49) , 11489 – 11493 .

Laithwaite , H. , O'Hanlon , M. , Collins et al . (2009) Recovery After Psychosis (RAP): A compassion focused programme for individuals residing in high security settings . Behavioural and Cognitive Psychotherapy , 37 (5) , 511 – 526 .

Langer , .I. , Cangas , A.J. , Salcedo , E. et al . (2011) Applying mindfulness therapy in a group of psychotic individuals: A controlled study . Behavioural and Cognitive Psychotherapy , FirstView , 1 – 5 .

Lincoln , T.M. , Mehl , S. , Ziegler , M. et al . (2010) Is fear of others linked to an uncertain sense of self? The relevance of self-worth, interpersonal self-concepts and dysfunctional beliefs to paranoia . Behavior Therapy , 41 (2) , 187 – 197 .

Linehan , M. (1993) Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder . New York: Guildford Press.

Liotti , G. and Gilbert , P. (2011) Mentalizing, motivationand social mentalities: Theoretical considerations and implications for psychotherapy . Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice , 84 (1) , 9 – 25 .

Liotti , G. and Gumley , A. I. (2009) An attachment perspective on schizophrenia: Disorganized attachment, dissociative processes and compromised mentalisation . In M.D.A. Moskowitz and I. Schaefer (eds) Dissociation and Psychosis: Converging Perspectives on a Complex Relationship . Chichester : John Wiley and Sons .

Longe , O. , Maratos, F.A. , Gilbert, P. et al . (2010) Having a word with yourself: Neural correlates of self-criticism and self-reassurance . Neuroimage , 15 (49 (2)) , 1849 – 1856 .

Lowens , I. (2010) Compassion Focused Therapy for People with Bipolar Disorder . International Journal of Cognitive Therapy , 3 (2) , 172 – 185 .

Lysaker , P.H. , Carcione , A. , Dimaggio , G. et al . (2005) Metacognition amidst narratives of self and illness in schizophrenia: associations with neurocognition, symptoms, insight and quality of life . Acta Psychiatrica Scandinavica , 112 (1) , 64– 71.

Lysaker , P.H. , Dimaggio , G. , Buck , K.D. et al . (2007) Metacognition within narratives of schizophrenia: Associations with multiple domains of neurocognition . Schizophrenia Research , 93 (1–3) , 278 – 287 .

Lysaker , P.H. , Dimaggio , G. , Carcione , A. et al . (2010) Metacognition and schizophrenia: The capacity for self-reflectivity as a predictor for prospective assessments of work performance over six months . Schizophrenia Research , 122 (1) , 124 – 130 .

Lysaker , P.H. , Lancaster , R.S. and Lysaker , J.T. (2003) Narrative transformation as an outcome in the psychotherapy of schizophrenia . Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice , 76 (3) , 285 – 299 .

MacBeth , A. , Gumley , A. , Schwannauer , M. et al . (2011) Attachment states of mind, mentalization and their correlates in a first-episode psychosis sample . Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice , 84 (1) , 42 – 57 .

Mayhew , S. and Gilbert, P. (2008) Compassionate mind training with people who hear malevolent voices: A case series report . Clinical Psychology and Psychotherapy , 15 , 113 – 138 .

McGlashan, T.H. (1987) Recovery style from mental illness and long-term outcome . The Journal of Nervous and Mental Disease , 175 (11) , 681 - 685 .

McGuire , P.K. , Silversweig , D.A. , Wright , I. et al . (1996) The neural correlates of inner speech and auditory verbal imagery in schizophrenia: Relationship to auditory verbal hallucinations . British Journal of Psychiatry , 169 , 148 – 159 .

Morgan , C. , Kirkbride , J. , Leff , J. et al . (2007) Parental separation, loss and psychosis in different ethnic groups: A case-control study . Psychological Medicine , 37 (4) , 495 – 503 .

Morrison , A.P. , Frame , L. and Larkin , W. (2003) Relationships between trauma and psychosis: A review and integration . British Journal of Clinical Psychology , 42 , 331 – 353 .
Myin-Germeys , I. and van Os , J. (2007) Stress-reactivity in psychosis: Evidence for an affective pathway to psychosis . Clinical Psychology Review , 27 (4) , 409 – 424 .
Nairn , R. (1999) Diamond Mind . New York: Synapse Video Center .

Neff , K.D. and Vonk , R. (2009) Self-compassion versus global self-esteem: two different ways of relating to oneself . Journal of Personality , 77 (1) , 23 – 50 .
Penn , D.L. , Corrigan , P.W. , Bentall , R.P. et al . (1997) Social cognition in schizophrenia . Psychological Bulletin , 121 , 114 – 132 .
Porges, S.W. (2007) The polyvagal perspective . Biological Psychology , 74 (2) , 116-- 143.
Read , J. and Gumley , A. (2008) Can attachment theory help explain the relationship between childhood adversity and psychosis? Attachment: New Directions in Psychotherapy and Relational Psychoanalysis, 2 (1) , 1 – 35 .
Read , J. , van Os , J. , Morrison , A.P. et al . (2005) Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications . Acta Psychiatrica Scandinavica , 112 (5) , 330 – 350 .
Rockcliff, H. , Gilbert, P. , McEwan , K. et al . (2008) A pilot exploration of heart rate variability and salivary cortisol responses to compassion-focused imagery . Clinical Neuropsychiatry , 5 , 132 – 139 .
Rockliff, D. , Karl , A. , McEwan , K. et al . (2011) Effects of intranasal oxytocin on 'Compassion Focused Imagery' . Emotion , 11 (6) , 1388 – 1396 .
Rhricht , F. , Papadopoulos , N. , Suzuki , I. et al . (2009) Ego-pathology, body experience and body psychotherapy in chronic schizophrenia . Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice , 82 (1) , 19 – 30 .
Rooke , O. and Birchwood , M. (1998) Loss, humiliation and entrapment as appraisals of schizophrenic illness: A prospective study of depressed and non-depressed patients . British Journal of Clinical Psychology , 37 (3) , 259 – 268 .
Russell , T.A. , Rubia. K. , Bullmore , E.T. et al . (2000) Exploring the social brain in schizophrenia: Left prefrontal underactivation during mental state attribution . American Journal of Psychiatry , 157 (12) , 2040 – 2042 .
Schore , A.N. (1996) The experience-dependent maturation of a regulatory system in the orbital prefrontal cortex and the origin of developmental psychopathology . Development and Psychopathology , 8 (1) , 59 – 87 .
Scottish Recovery Network (2008) www.scottishrecovery.net (accessed 29 June 2012).
Segal , Z.V. , Williams , J.M.G. and Teasdale , J.D. (2002) Mindfulness-based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse . New York: Guilford Press .
Siegel , D. (2010) The Mindful Therapist: A Clinician ' s Guide to Mindsight and Neural Integration . New York : W.W. Norton and Company .
Spinhoven, P. and van der Does, A. (1999) Thought suppression, dissociation and psychopathology . Personality and Individual Differences , 27 , 877 – 886 .
Tai , S. and Turkington , D. (2009) The Evolution of cognitive behavior therapy for schizophrenia: Current practice and recent developments . Schizophrenia Bulletin , 35 (5) , 865 – 873 .

Tait , L. , Birchwood , M. and Trower , P. (2003) Predicting engagement with services for psychosis: insight, symptoms and recovery style . British Journal of Psychiatry , 182 , 123 – 128 .
Teasdale , J.D. , Moore , R.G. , Hayhurst, H. et al . (2002) Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: Empirical evidence . Journal of Consulting and Clinical Psychology , 70 , 275 – 287 .
Thompson , K.N. , McGorry , P.D. and Harrigan , S.M. (2003) Recovery style and outcome in first-episode psychosis . Schizophrenia Research , 62 , 31 – 36 .
Tyrrell , C. and Dozier , M. (1997) The role of attachment in therapeutic process and outcome for adults with serious psychiatric disorders . Paper presented at the Biennial Meeting of Society for Research in Child Development . Washington, DC .
Welford , M. (2010) A compassion focused approach to anxiety disorders . International Journal of Cognitive Therapy , 3 (2) , 124 – 140
White , R.G. and Gumley , A.I. (2009) Post-psychotic PTSD: Associations with fear of recurrence and intolerance of uncertainty . Journal of Nervous and Mental Disease , 197 (11) , 841 – 849
Wykes, T. , Steel , C. , Everitt, B. et al . (2008) Cognitive behaviour therapy for schizophrenia. Effect sizes, clinical models and methodological rigor . Schizophrenia Bulletin , 34 (4) , 523 – 537
Yalom , I.D. (1983) Inpatient Group Psychotherapy . New York: Basic Books.
Yalom , I.D. (1995) The Theory and Practice of Group Psychotherapy , 4th edn. New York : Basic Books .

مطابع الدار الهندسية

موبايل/٠١٢٢٣٤٩٠١١ تليفاكس/ ٢٩٧٠٢٧٦٦



هذا الكتاب

لقد كان نمو التدخلات القائمة على الأدلة للشيزوفرينيا نمواً سريعا، حيث تمت التجارب الإكلينيكية الأولى فى المملكة المتحدة فى بداية التسعينيات، وخلال عشر سنوات، وصل هذا النوع من التدخلات إلى أن أصبح العلاج السلوكى المعرفى للذهان جزءاً روتينياً من خدمات الصحة العقلية.

و أثناء العشر سنوات الأخيرة، انتقل الباحثون الإكلينيكيون من التطبيق الرئيسى العلاج السلوكى المعرفى للأعراض الموجبة للذهان. كما يوجد عدد من المجموعات البحثية قد طور بروتوكولات انصب تركيزها على مراحل معينة، و أعراض معينة، أو الأعراض المرضية المصاحبة لدى هذه المجموعة. لقد وصلت قوة الدفع فى هذه التطورات إلى النقطة التى تبين وجود العديد من المواد التى تسمح بوضع الأساس لهذا الكتاب، حيث إن كل فصل يوضح تدخلاً موجود ضمناً فى سياق القا
على الأدلة ذات الصلة بالموضوع محل الدراسة. و الهدف من ذلك هو تعزي
البروتوكولات المستخدمة فى التجارب البحثية، ومن ثم تح
الإكلينيكية.

والله ولى التوفيق،،

النا

عبد الحى أحمد فؤاد

دار الفجر للنشر والتوزيع
4 شارع هاشم الأشقر - النزهة الجديدة - القاهرة تليفون 26246252 فاكس 26246265
www.daralfajr.com info@daralfajr.com
ISBN 978-977-358-298-2

